

Jenna Sirén & Annika Veijalainen

HILJAINEN RAPORTOINTI HOITAJIEN TYÖVÄLINEENÄ

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden sv
Syyskuu 2014**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Syyskuu 2014	Tekijä/tekijät Jenna Sirén & Annika Veijalainen
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn nimi HILJAINEN RAPORTOINTI HOITAJIEN TYÖVÄLINEENÄ		
Työn ohjaaja Timo Kinnunen, TtM, lehtori		Sivumäärä 48+3
Työelämäohjaaja Jonna Ström, osastonhoitaja		
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koettiin Kiurun operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen vuodeosastoilla. Tavoitteena oli tuottaa vuodeosastoille ajankohtaista tietoa hiljaisen raportoinnin toimivuudesta. Tutkimusongelmamme liittyivät hoitajien kokemuksiin hiljaisesta raportoinnista ja omista kirjaamis- sekä tietojenkäsittelytaidoistaan.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytimme kvantitatiivista tutkimusotetta ja aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Vastauksia saimme 112 kappaletta ja kyselymme vastausprosentti oli 75. Saadut vastaukset analysoitiin tilastollisten menetelmien avulla. Vastaukset havainnollistetaan prosenttien, frekvenssien, kuvaajien ja taulukoiden avulla.</p> <p>Tulosten mukaan hiljaisen raportoinnin koettiin vaikuttaneen pääasiassa positiivisesti hoitotyöhön. Sen koettiin vapauttaneen enemmän aikaa potilastyöhön ja parantaneen hoidon laatua. Käytäntönä hiljainen raportointi oli suhteellisen uusi, sillä sitä oli käytetty vuodeosastoilla keskimäärin 3,7 vuotta. Hoitajien mielestä raportin lukemiseen ei ollut varattu työvuoroissa riittävästi aikaa ja osa vastaajista tarvitsi suullista raporttia hiljaisen tueksi. Hoitajat kokivat kirjaavansa laadukkaasti, mutta kirjaamiskäytänteet vaihtelivat vuodeosastoilla. Kirjaamisajat olivat pidentyneet hiljaisen raportin myötä. Tietokoneiden käytön hoitajat mielsivät helpoksi mutta aikaa vieväksi. Tietokoneiden vähyyden koettiin heikentävän hiljaisen raportoinnin toimivuutta. Hoitajat kaipasivat lisää koulutusta hiljaisesta raportoinnista, sähköisestä kirjaamisesta ja tietotekniikasta.</p>		

Asiasanat

hiljainen raportointi, sähköinen kirjaaminen, tietotekninen osaaminen

ABSTRACT

Unit Kokkola-Pietarsaari unit	Date September 2014	Author/s Jenna Sirén & Annika Veijalainen
Degree programme Degree programme in nursing, orientation in public health nursing		
Name of thesis SILENT REPORTING AS NURSES' WORKING METHOD		
Instructor Timo Kinnunen, MNSc, lecturer		Pages 48+3
Supervisor Jonna Ström, Nurse Manager		
<p>The purpose of the thesis was to find out how silent reporting works as a working method in Kiuru's operative and medical profit centers' wards. Our objective was to produce current information about how the silent reporting method works for the wards. Our research problems were connected to the nurses' experience of silent reporting and their own documentation and information technology skills.</p> <p>In our thesis we used quantitative research method and the material was collected with a structured questionnaire. We got 112 responses and our answer percent was 75. The responses received were analyzed using statistical methods. The findings are presented with the help of percents, frequencies, diagrams and charts.</p> <p>According to results silent reporting was experienced to have influenced nursing mainly positively. With the help of silent reporting more time was released into patient work and the quality of care was upgraded. Silent reporting was a relatively new practice as it was used in the wards approximately 3,7 years. The nurses thought that not enough time was reserved for reading the report. In order to use silent report effectively some respondents needed verbal report as a support. Nurses thought they were doing good quality documentation but documentation practices varied in the wards. Silent reporting had made documentation time longer. Nurses felt that computers were easy to use but took time. The lack of computers was thought to impair silent reports' function. Nurses needed more education about silent report, electronic documentation and technology.</p>		

Key words

Electronic documentation, information technology skills, silent reporting

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Hiljainen raportointi	3
2.2 Dokumentointi hoitotyössä	4
2.2.1 Sähköinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin	4
2.2.2 Sähköinen potilaskertomus	4
2.2.3 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti	6
2.3 Tieto- ja viestintäteknologia hoitotyössä	9
2.4 Aikaisemmat tutkimukset	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
4.1 Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat	15
4.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä	16
4.3 Aineiston keruu ja analyysi	16
5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	18
5.1 Mittarin validiteetti	18
5.2 Mittarin reliabiliteetti	19
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS	20
7 TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1 Vastaaajien taustatiedot	21
7.2 Tulokset hiljaisesta raportoinnista	24
7.3 Tulokset hoitajien kirjaamistaidoista	29
7.4 Tulokset hoitajien tietojenkäsittelytaidoista	32
8 POHDINTA	36
8.1 Tutkimusmenetelmien tarkastelua	36
8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	37
8.2.1 Hiljainen raportointi työvälineenä	37
8.2.2 Hoitajien kirjaamistaidot	39
8.2.3 Hoitajien tietojenkäsittelytaidot	41
8.3 Johtopäätökset	42
8.4 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle	43
8.5 Jatkotutkimusaiheita	43
8.6 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua	43
LÄHTEET	
LIITTEET	

KUVIOT

KUVIO 1. Hiljaisen raportoinnin osa-alueet	3
KUVIO 2. Rakenteiset ydintiedot	5
KUVIO 3. Hoitotyön prosessimalli	6
KUVIO 4. Hiljaisen raportin käyttö vuosina	23
KUVIO 5. Hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaa potilastyöhön	25
KUVIO 6. Hiljainen raportointi parantaa hoidon laatua	27
KUVIO 7. Koen hiljaisen raportoinnin työlääksi	28
KUVIO 8. Koen kirjaavani laadukkaasti ja tarkasti	31
KUVIO 9. Suhtaudun varauksella teknologiaan	32
KUVIO 10. Tietokoneiden käyttö lisää hoitajien työmäärää	34
KUVIO 11. Osastollani on riittävästi tietokoneita	35

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Vastaajien ikä, sukupuoli ja koulutus	21
TAULUKKO 2. Työsuhteen laatu ja työkokemuksen pituus	22
TAULUKKO 3. Täydennyskoulutuksiin osallistuminen	22
TAULUKKO 4. Hiljaisen raportin käytön keskiarvo, mediaani ja keskihajonta	24
TAULUKKO 5. Vuoron alussa on riittävästi aikaa lukea raportti	24
TAULUKKO 6. Tarvitsen suullista raporttia hiljaisen tueksi	25
TAULUKKO 7. Saan kaiken tarvitsemani tiedon hiljaisesta raportista	26
TAULUKKO 8. Kirjaamiseen on varattu työvuoroissa riittävästi aikaa	29
TAULUKKO 9. Työkokemuksen suhde kirjaamisajan riittävyys	29
TAULUKKO 10. Koen saaneeni riittävästi koulutusta kirjaamiseen	30
TAULUKKO 11. Osastollani kirjataan yhtenevällä tavalla	30
TAULUKKO 12. Hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisajat ovat pidentyneet	31
TAULUKKO 13. Tietokoneita on helppo käyttää	33
TAULUKKO 14. Työkokemuksen suhde tietokoneiden helppokäyttöisyyteen	33
TAULUKKO 15. Koen saaneeni riittävästi tietoteknistä koulutusta	34

1 JOHDANTO

Hiljainen raportointi tarkoittaa kirjatun tiedon lukemista ennen työvuoron alkua niiden potilaiden potilasasiakirjoista, joita vuoron aikana tulee hoitamaan (Pohjois-Suomen sairaanhoitopiiri 2012). Se on suhteellisen uusi raportointimenetelmä hoitotyössä. Hyötyjensä vuoksi hiljainen raportointi on korvannut suullisen raportointimenetelmän yhä useammassa sosiaali- ja terveysalan yksikössä. Kaiken kaikkiaan hiljaista raportointia on tutkittu kohtalaisesti sekä kansainvälisellä että kansallisella tasolla. Siksi hiljaiseen raportointiin liittyviä tutkimuksia tarvitaan lisää. Hoitotyön rakenteista kirjaamista on sen sijaan tutkittu runsaasti. Hiljainen raportointi ja sen toimivuus pohjaavat vahvasti laadukkaaseen kirjaamiseen. Siksi käsittelemmekin opinnäytetyössämme sekä kirjaamisen ja tietokoneiden käytön tärkeyttä ja niiden suhdetta toisiinsa.

Hoitotyön kirjaaminen on merkittävä osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Hyvä kirjaaminen kuuluu laadukkaaseen hoitotyöhön. Hallitussa kirjaamisessa turvataan sekä hoitotyöntekijän että potilaan oikeusturva. Hoitotyön kirjaamista valvotaan ja ohjeistetaan erilaisten lakien, asetusten ja oppaiden avulla. Tällaisia ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä asetus potilasasiakirjoista. Muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ovat kehittäneet hoitotyön kirjaamisen avuksi erilaisia oppaita. Oppaiden tarkoituksena on helpottaa ja yhtenäistää kirjaamista hoitotyössä. Lisäksi hoitotyön kirjaamista on haluttu kehittää ja yhtenäistää valtakunnallisesti erilaisten hankkeiden kautta. Näistä esimerkkinä on HoiDok-hanke vuosilta 2005-2008 sekä eNNi-hanke vuosilta 2008-2012. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Haho 2009.)

Kirjaaminen on keskeisessä roolissa päivittäisessä hoitotyössä. Kirjaamisen sujuvuus, tietojärjestelmien käytettävyys sekä kirjaamismallin toimivuus ovat tärkeitä seikkoja hoitotyön sujuvalle ja tehokkaalle toteutumiselle. Tavoitteena olisi, että hoitotyön kirjaaminen tukisi moniammatillista tiedonvälitystä ja päätöksentekoa. (Nykänen & Junttila 2012, 12.) Hoitotyön kirjaamista opetetaan osana sairaanhoitajakoulutusta (AMK). Teknologia ja sen kehittyminen ovat tuoneet omat haasteensa kirjaamisen laadukkaalle

toteutumiselle. Tietokoneet ovat tulleet hoitotyöhön jäädäkseen ja tämä edellyttääkin hoitajilta tietoteknistä osaamista. Laadukas kirjaaminen vaikuttaa merkittävästi potilaan hoidon suunnitteluun ja hoidon laatuun. Kattava, tarkka ja potilaslähtöinen päivittäinen kirjaaminen edistävät myös potilasturvallisuuden toteutumista.

Häyrinen (2011) toteaa väitöskirjansa tuloksissa kirjaamiskäytänteiden vaihtelevan potilasta hoitavien henkilöiden välillä. Myös luokitusten käyttö kirjaamisen tukena ei ollut yhteneväistä. (Häyrinen 2011, 57, 60.) Myös me olemme huomanneet kirjaamisen laadun ja tapojen vaihtelevan niin yksikkö- kuin organisaatiotasolla. Vaikka suurimmalla osalla alueemme palveluntarjoajista on käytössä sama sähköinen potilashallintojärjestelmä, yhteiset käytänteet vaihtelevat.

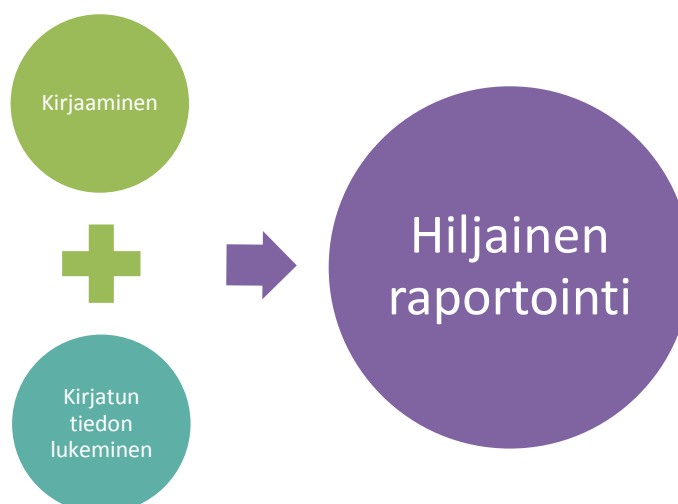
Valitsimme opinnäytetyömme aiheen, koska kirjaaminen ja hiljainen raportointi ovat keskeinen osa päivittäistä hoitotyötä sekä sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Opinnäytetyömme aihe on sekä käytännönläheinen että ajankohtainen, ja lisäksi se on ensimmäinen työ, joka tehdään hiljaisesta raportoinnista Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymälle eli Kiurulle.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koetaan Kiurun operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen vuodeosastoilla. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa vuodeosastoille ajankohtaista tietoa hiljaisen raportoinnin toimivuudesta. Tutkimusongelmamme liittyivät hoitajien kokemuksiin hiljaisesta raportoinnista, sähköisestä kirjaamisesta ja tietoteknisestä osaamisesta. Lisäksi haluamme työllämme saada hoitohenkilökunnan miettimään omia toimintatapojaan liittyen kirjaamiseen ja tietojenkäsittelyyn.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Hiljainen raportointi

Raportointi hoitotyössä on työkalu, jonka avulla hoitotyöntekijät saavat tärkeää tietoa potilaista hoitotyön päätöksenteon tueksi. Raportin perusteella hoitotyöntekijät suunnittelevat ja priorisoivat töitä, joita tulevat vuoronsa aikana toteuttamaan. Raportointi mahdollistaa yhteistyön potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden välillä ja turvaa hoidon jatkuvuuden. Raportin sisällön tulisi olla laadukasta, sillä hoitajat luottavat siihen, että se on laadittu tarkasti ja laadukkaasti. (Strople & Ottani 2006, 197.) Hiljaisella raportoinnilla (KUVIO 1) tarkoitetaan raportin lukemista potilaskertomuksista ja hoitosuunnitelmista. Jokainen hoitaja lukee aloittaessaan työvuoron niiden potilaiden tiedot, joita tulee hoitamaan vuoron aikana. Hiljaisesta raportoinnista käytetään myös nimityksiä kirjallinen raportointi tai kirjallinen tiedonvälitys. Hiljaisessa raportoinnissa kirjaamisen merkitys korostuu, sillä se edellyttää lukijan ja kirjoittajan välistä luottamusta. Lukijan tulee olla varma, että kirjaaja on kirjannut potilasasiakirjoihin asianmukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että oleelliset tiedot on kirjattu totuudenmukaisesti ja hoitaja on varmistanut potilaalta havaintojensa paikkansapitävyyden. Kirjatun tiedon ja potilaalle välitetyn tiedon tulee vastata toisiaan. (Järvi, Kulla, Liljeberg, Metsänsalo, Tirkkonen, Selander & Kilku 2010, 56; Haho 2009, 39; Pohjois-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)



KUVIO 1. Hiljaisen raportoinnin osa-alueet

2.2 Dokumentointi hoitotyössä

2.2.1 Sähköinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin

Sähköiseksi kirjaamiseksi katsotaan hoitohenkilökunnan itsenäisesti suorittamaa elektronista, tietokoneella tapahtuvaa potilasasiakirjoihin dokumentointia. (Ensio & Saranto 2004, 31-32.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista määrittelee potilasasiakirjan seuraavasti: ”Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Potilasasiakirjoihin merkityt tiedot ovat salassa pidettäviä (Hallila & Graeffe 2005, 16, 20).

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelemisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tehtyjen merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, mikäli tieto perustuu muuhun kuin ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin, tai jos potilasasiakirjamerkintä liittyy muuhun henkilöön tai asiaan kuin potilaaseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

2.2.2 Sähköinen potilaskertomus

Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan potilaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikkaa hyödyntäen. Se koostuu aikajärjestyksessä etenevistä tiedoista, jotka koskevat potilaan osastohoitojaksoja ja avohoito- ja kotihoitokäyntejä. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne koostuu erilaisista tietokokonaisuuksista: näkymistä, hoitoprosessin vaiheesta, otsikoista ja ydintiedoista. (Häyrinen & Ensio 2007, 97; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 44-45.) Potilaskertomuksen ydintietoihin kuuluvat keskeiset potilaan terveyttä ja sairaanhoitoa kuvaavat tiedot, jotka ovat kuvattu yhtenevällä tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:18.) Ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva potilaan

terveys- ja sairaushistoriasta sekä saadusta hoidosta ja ohjauksesta. Ydintietoja hyödynnetään potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien välillä. (Hallila 2005, 30.) Jotta hiljainen raportointi voisi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla, tulee potilasasiakirjoista löytyä kaikki tarpeelliset tiedot potilaan hoidon kannalta. (Järvi ym. 2010, 56.)

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa rakenteisuudella tarkoitetaan sitä, että potilastyössä käytettävälle kirjattavalle tiedolle on määrätty tietorakenteet. Tietorakenteille on määriteltä millaisista osioista ne muodostuvat, ja mitkä ovat näiden osioiden suhteet toisiinsa nähden. Nämä tiedot kirjataan luokitusten avulla potilasasiakirjoihin niin, että niitä pystytään käsittelemään automaattisesti tietoteknologiaa hyödyntäen. (Nykänen & Junttila 2012, 10.)

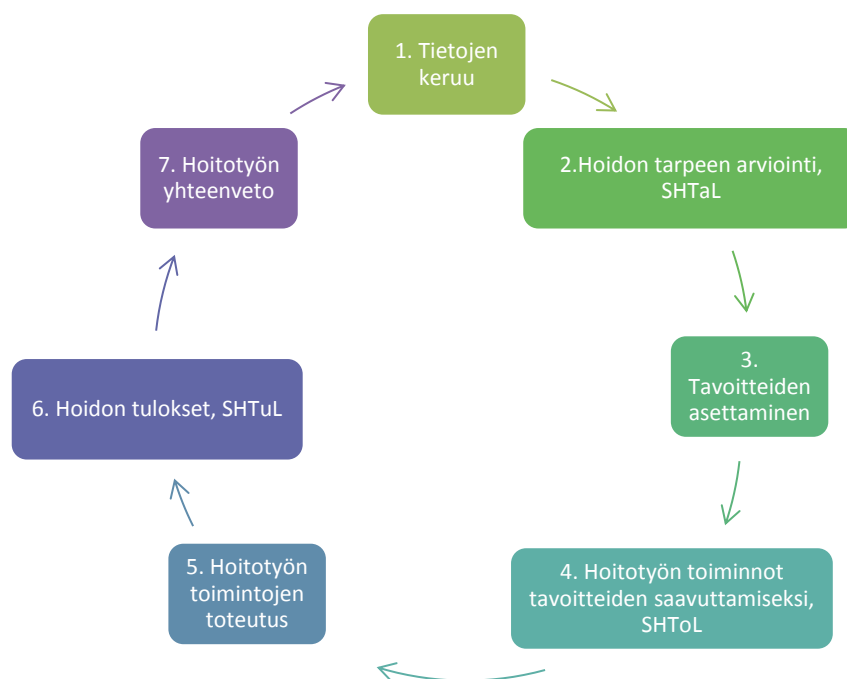
Hoitotyön rakenteisilla ydintiedoilla (KUVIO 2) tarkoitetaan potilaan hoidon tarpeen arvioinnin, hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, toteutuksen arvioinnin ja seurannan kannalta tärkeitä tietoja. Hoitotyön ydintietojen avulla kuvataan potilaan hoidon etenemistä ja niitä hyödynnetään hoitotyön yhteenvedon laadinnassa. (Hallila 2005, 31.)



KUVIO 2. Rakenteiset ydintiedot (mukaillen Ahonen ym. 2012, 46; Nykänen & Junttila 2012, 10.)

2.2.3 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti

Suomalaisessa hoitotyössä käytetään Finnish Care Classification-luokitusta (FinCC), joka koostuu kolmesta luokituskokonaisuudesta. Näitä ovat Suomalaisen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja Suomalaisen hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitukset ovat kolmitasoisia. Näissä ylin taso on komponentit, joita on 17 erilaista. Komponentit jakautuvat pääluokkiin, jotka jakautuvat yhä alaluokiksi. Hoidon tarveluokituksessa pää- ja alaluokkatason käsitteet kuvaavat hoidon tarpeita, hoitotyön toimintoluokituksessa tasot kuvaavat toimintoja, joilla tarpeisiin pyritään vastaamaan. Hoidon tulosluokitus sisältää vain kolme luokkaa: parantunut, ennallaan ja huonontunut. Kaikkien komponenttien alle on mahdollista lisäksi kirjoittaa vielä vapaalla sanalla hoidon kannalta tärkeitä asioita. Kun kirjataan luokituksia hyödyntäen, pystytään kirjaamaan potilaslähtöisesti ja konkreettisesti. Kun tavoitteet ja toiminnot ovat selkeitä, pystytään hoidon tuloksia arviomaan paremmin. Tarkka ja suunnitelmallinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon laatua. (Ahonen ym. 2012, 48.) Lisäksi rakenteinen kirjaaminen helpottaa hiljaisen raportoinnin toteutumista, sillä tarvittava tieto on helpompi löytää ja hyödyntää päivittäisessä hoitotyön päätöksenteossa kun tieto on rakenteistettua. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, 13.)



KUVIO 3. Hoitotyön prosessimalli

Hoitotyön prosessin mukaiseen malliin (KUVIO 3) kuuluu seitsemän eri vaihetta, jotka etenevät loogisessa järjestyksessä potilaan tulotilanteesta aina kotiutumiseen, siirtymiseen seuraavaan hoitoyksikköön tai kuolemaan asti. Rakenteinen kirjaaminen perustuu näihin prosessin vaiheisiin. Hoitotyön prosessin avulla jäsennetään potilaan hoitotapahtuman kirjaamista. Tavoitteena on potilaskohtainen, yksilöllinen hoito. (Ahonen ym. 2012, 46-47; Ensio & Saranto 2004, 39.)

Potilaan tulotilanteessa ensin kerätään esitiedot, joita ovat esimerkiksi subjektiiviset oireet, tiedot aikaisemmista sairauksista ja tutkimustuloksista sekä ajantasainen lääkitys. Hoitaja kirjaa tietoihin potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. Tämä tarkoittaa sitä, että koko potilaan sairashistoriaa ei tarvitse kirjata tietoihin. Hoitaja kirjaa potilaan, hänen saattajansa tai omaisensa antamat tiedot liittyen sairauden alkamiseen ja kulkuun, aikaisempiin kuntoutusjaksoihin, elinympäristöön ja elämäntilanteeseen, sekä mahdolliset riskitiedot ja potilaan käyttämät apuvälineet. Aikaisempia potilaskertomuksen yhteenvetoja voidaan hyödyntää esitietojen keräämisessä. Esitietojen kattava kerääminen on tärkeää, jotta yksilöllinen ja potilaan tarpeisiin perustuva hoito mahdollistuu. Esitietojen selvittäminen on myös pohjana näyttöön perustuvalle hoitotyön päätöksenteolle. (Ahonen ym. 2012, 51; Ensio & Saranto 2004, 41; Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitaja kartoittaa potilaan hoidon tarvetta käyttäen apunaan potilaan kuuntelua, havainnointia ja erilaisia mittauksia. Hoidon tarpeet kirjataan potilasasiakirjoihin SHTaL-luokitusten avulla. Tulevan hoidon kannalta on keskeistä, että potilas tiedostaa omat hoidon tarpeensa. Potilaan näkökulman huomioiminen koko hoitoprosessin ajan on tärkeää. Potilaan hoidon tarpeista valitaan kuitenkin vain keskeisimmät, joihin sen hetkellä hoidolla halutaan vaikuttaa. Hoidon tarpeiden määrittäminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on perusta hyvälle hoidolle. Hoidon tarve voi olla selkeä, kuten lonkkamurtuman parantaminen, tai voimavaroihin kohdistuva, jolloin hoidon tarpeena voi olla jonkinlaisen ohjauksen tarve jossain tietyssä asiassa. (Ahonen ym. 2012, 51-52.)

Hoidon tavoitteet tulisi asettaa niin konkreettisiksi, että niiden toteutumista on helppo arvioida. Potilaan näkemys siitä, millaista muutosta hän tilanteeseensa odottaa tapahtuvan, tulee ottaa huomioon tavoitteita asetettaessa. Tavoitteita asetettaessa tulee huomioida hoitoajan pituus ja käytettävissä olevat resurssit, jotta tavoitteet olisivat realistisia. Tavoitteet tulee laatia potilaslähtöisesti. Potilas on aktiivinen toimija, jos se on vain

mahdollista. Tavoite kirjataan tarveluokituksen tarpeen määrittämän komponentin alle. Kun tavoitteille määritellään jokin realistinen toteutumisaikajankohda, on seuranta helpompaa. (Ahonen ym. 2012, 52; Ensio & Saranto 2004, 42-43; Ahonen ym. 2007.)

Tavoitteiden asettamisen jälkeen suunnitellaan ne hoitotyön toiminnot, joilla saavutetaan asetetut tavoitteet. Suunniteltaessa potilaan hoidossa käytettäviä hoitotyön toimintoja tulee päätösten perustua näyttöön. Erilaisia näyttöjä ovat tutkimusnäyttö eli hoitosuositukset, toimintanäyttö eli organisaation keräämää omaa tietoa, sekä kokemusnäyttö eli ammattilaisten kokemusta samanlaisista hoito- ja potilastilanteista. Näiden näyttöjen perusteella hoitaja pystyy päättämään, millaisten toimintojen avulla potilas saa parasta mahdollista hoitoa. Valitut hoitotyön toiminnot kirjataan potilasasiakirjoihin SHToL-luokitusten avulla. On tärkeää suunnitella hoitoa yhdessä sekä potilaan että eri ammattiryhmien kanssa. Eri ammattiryhmien edustajia voivat olla esimerkiksi fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti tai sosiaalityöntekijä. (Ahonen ym. 2007; Ahonen ym. 2012, 54-55.)

Toimintojen toteutuksessa kuvataan hoidon päivittäistä toteutumista. Tässä osiossa nähdään, kuinka potilaan hoito etenee ja kuinka lähellä asetetut hoitotyön tavoitteet ovat. Jotta turvallinen hoito voidaan taata, on potilaan voinnin kuvaaminen tärkeää. Lisäksi potilaan voinnin dokumentointi kuvaa hoitotyön merkitystä. Voinnin kuvausta voidaan helpottaa ja selkeyttää erilaisilla mittareilla, esimerkiksi kipu- ja tajunnantason arviointimittareilla. (Ahonen ym. 2012, 55-56; Ahonen ym. 2007.)

Hoidon tulosten arvioinnissa keskeistä ovat potilaan oma kokemus ja hoidon vaikutusten seuranta. Hoidon tulosten arviointia helpottaa konkreettisesti asetetut tavoitteet. Hoidon tuloksiin liitetään arviointi, jossa kuvataan potilaan toimintakykyä. Arvioinnissa käytetään apuna Suomalaisen hoitotyön tulos-luokitusta (SHTuL). On tärkeää arvioida, päästiinkö tavoitteisiin, kuinka potilaan tila muuttui hoidon aikana ja mitkä ovat potilaan uudet tarpeet ja voimavarat. Näiden pohjalta on mahdollista päivittää hoitotyön tarpeet ja toiminnot. (Ahonen ym. 2012, 56-57.)

Hoitotyön yhteenveto tehdään, kun hoitojakso päättyy potilaan kotiutuessa, siirtyessä yksiköstä tai sairaalasta toiseen tai potilaan menehtyessä. Yhteenveto on lyhyt, ytimekäs ja arvioiva. Yhteenveto kootaan hoitotyön ydintiedoista ja siinä kuvataan potilaan

hoitojakson hoitotyön prosessi tiivistettynä alusta loppuun. Siinä verrataan potilaan tulotilannetta nykyiseen tilanteeseen. Tietoihin on hyvä liittää jatkohoitosuunnitelma sekä tiedot potilaan siirtopäivänä saamistaan lääkkeistä. (Ahonen ym. 2007; Ahonen ym. 2012, 56-57.)

Potilaan hoitoisuutta arvioidaan päivittäin sen hoitotyön ammattilaisen toimesta, joka on potilasta vuoron aikana hoitanut. Hoitoisuutta on mahdollista arvioida käyttämällä hyväksi potilaan hoidon tarve- ja toimintoluokituksia. Hoitoisuusluokitus kuitenkin poikkeaa käyttötarkoitukseltaan hoitotyön luokituksista, sillä sitä käytetään hoitotyön laadun arvioinnin ja kustannusten määräytymisen perustana. Se määrittää myös, montako hoitajaa jokainen potilas tarvitsee hoitonsa laadukkaaseen toteutumiseen. (Ahonen ym. 2012, 49; Ensio & Saranto 2004, 44.)

2.3 Tieto- ja viestintäteknologia hoitotyössä

Tieto- ja viestintäteknologia on tullut osaksi päivittäistä hoitotyötä ja syrjäyttänyt perinteiset, esimerkiksi kirjaamista koskevat menetelmät. Elektroninen järjestelmä on poistanut fyysiset esteet, eli hoitotietoja voidaan lukea ja kirjata useassa eri paikassa eri ammattilaisten toimesta, sekä lähettää ohjeita tai konsultoida potilaan tilaa nopeasti ja helposti. Kirjaaminen ei ole enää sidottu tiettyyn paikkaan, vaan tekniikka on mahdollistanut kirjaamisen melkein missä tahansa. (Ensio & Saranto 2004, 13-14.)

Tietoteknologia eli tietotekniikka tarkoittaa tietojen syöttöä, muokkausta, kopiointia ja tallennusta tietokoneen avulla, kun taas tietotekniikan käyttötaidoilla tarkoitetaan taitoa käyttää tehokkaasti käyttöön annettuja ohjelmistoja, esimerkiksi toimisto-ohjelmia tai muita työssä tarvittavia ohjelmia. Tietotekniikan käyttötaitoja vaativalla työllä tarkoitetaan sellaista työtä, jossa tietotekniikka on työntekijälle tärkeä työväline ja sitä käytetään intensiivisesti päivittäisessä työssä. (Tilastokeskus 2013; Ensio & Saranto 2004, 13.)

Käsite tietojärjestelmä voidaan ymmärtää esimerkiksi tietokonesovelluksena, joka on tarkoitettu usean henkilön käyttöön. Tietojärjestelmän avulla käsitellään tietokannassa olevia tietoja niiden henkilöiden toimesta, jotka järjestelmä tunnistaa. Kirjautuessa

järjestelmään käyttäjälle avautuu vain ne järjestelmän näkymät, joihin hänelle on määriteltä käyttöoikeus. (Ensio & Saranto 2004, 13-14.)

Tietojärjestelmien käyttö edellyttää hoitohenkilökunnalta yhteistyötä, uusien asioiden omaksumista, sekä aikaisemmista toimintatavoista luopumista. Ajanmukaisten tietokoneiden käyttö ja niiden riittävä määrä hoitohenkilöstöön suhteutettuna edistävät sähköisen kirjaamisen toteutumista laadukkaasti. Kun tietokoneita ja tietojärjestelmiä osataan käyttää asianmukaisella tavalla, kirjaaminen on selkeämpää ja näin edesauttaa hiljaisen raportoinnin toteuttamista. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 18; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, 13.) Tietojärjestelmien tulisi tukea moniammatillista tiedonvälitystä, työnjakoa ja päätöksentekoa (Nykänen & Junttila 2012, 13).

Tietokoneiden ja tietojärjestelmien käyttöön liittyy ennakkoluuloja ja pelkoja. Koulutuksen puute tai sen vähäisyys on tutkitusti yhteydessä niin sanottuun tietokonepelkoon tai haluttomuuteen käyttää elektronisia laitteita. Uusien tietojärjestelmien nopea ja yllättävä käyttöönotto lisää työntekijöiden epävarmuutta omasta osaamisestaan. Tietojärjestelmien käytön vaikeus, tietokoneiden toimintahäiriöt ja tunne työmäärän lisääntymisestä lisäävät negatiivisuutta tietojärjestelmiä kohtaan. Siksi onkin työnantajan velvollisuus huolehtia, että työntekijät hankkivat riittävästi koulutusta tietojärjestelmistä ja niiden käytöstä sekä osallistuvat täydennyskoulutuksiin. Näin voidaan lisätä positiivista asennoitumista, vähentää ennakkoluuloja sekä edistää potilasturvallisuutta, kun järjestelmiä osataan käyttää asianmukaisesti. (Ensio & Saranto 2004, 15; Partanen & Kvist 2007.)

2.4 Aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyötämme varten hankimme tutkimustietoa erilaisten viitetietokantojen ja hoitotieteellisten artikkelien avulla niin manuaalisesti kuin sähköisesti. Käyttämiämme viitetietokantoja olivat esimerkiksi Nelli, Arto, Sagepub ja Theseus. Käyttämiämme hakusanoja olivat esimerkiksi hiljainen raportointi, rakenteinen kirjaaminen ja tietoteknologia hoitotyössä. Englanninkielisiä hakusanoja olivat esimerkiksi silent report, nursing documentation ja information technology in nursing. Valitsimme opinnäytetyöhömmme yhdeksän tutkimusta tai opinnäytetyötä. Löysimme muitakin tutkimuksia ja opinnäytetöitä aiheestamme, mutta emme valinneet niitä, sillä ne eivät

täyttäneet sisäänottokriteerijämme. Yritimme etsiä hiljaiseen raportointiin liittyviä kansainvälisiä tutkimuksia, mutta emme löytäneet niitä kovin runsaasti. Ilmeisesti hiljainen raportointikäytäntö ei ole käytössä kansainvälisesti sellaisessa muodossa, kuin mitä se Suomessa on. On myös mahdollista, että aihetta on tutkittu kansainvälisellä tasolla vähän ja siitä johtuen tutkimuksia on saatavilla niukasti. Hiljaista raportointia on tutkittu suhteellisen vähän. Sen sijaan rakenteisesta kirjaamisesta löytyi runsaasti aikaisempia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Opinnäytetyömme keskeisimpiä aihealueita on tutkittu niin laadullisesti kuin määrällisesti.

Leino (2004) havaitsi tutkimuksessaan puutteita potilaiden osallistumisessa oman hoitonsa suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen: lähes poikkeuksetta hoitotyön suunnitelma oli tehty hoitajan toimesta. 63 % (N = 208) arvioi hoitotyön ongelmien kirjaamisen tyydyttäväksi ja hoitotyön kokonaistavoitteen kirjauksesta tyydyttävän arvosanan antoi noin puolet vastaajista. Tutkimuksen mukaan kirjaamisen laatuun eivät vaikuta ikä, peruskoulutus tai innostuneisuus sähköiseen kirjaamiseen. (Leino 2004, 60.)

Laineen (2008) tekemässä Pro Gradu –tutkielman tuloksissa selvisi, että hoitajat kokivat ajanpuutteen suureksi esteeksi laadukkaan sähköisen kirjaamisen toteutumiselle. Hoitajien puutteellinen kouluttaminen aiheutti kirjaamiskäytäntöjen kirjavuutta sekä sitä, että luokituksia käytettiin monella eri tavalla. Laine totesi tutkimuksessaan, että hoitotyöntekijöiden tulisi osata ajatella hoitotyön prosessimallin mukaisesti, jotta rakenteinen kirjaaminen onnistuisi sujuvasti. (Laine 2008, 50-51.)

Korolaisen (2009) opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että hoitajien mielestä hiljainen raportointi vapautti enemmän aikaa potilastyöhön. Kun hoitajat olivat harjaantuneet etsimään tietoa potilastietojärjestelemistä, oli hiljainen raportointi suullista nopeampaa. Hoitajat kokivat potilaiden hyötyneen hiljaiseen raportointiin siirtymisestä vain ajallisesti. Lisäksi työvuoron suunnittelun koettiin muuttuneen joustavammaksi. Hiljaisen raportoinnin kehittämiskohdiksi hoitajat nostivat kirjaamistaitojen ja tietoteknologian puutteelliset käyttöaidot. Lisäksi ongelmaksi koettiin se, etteivät kaikki hoitajat lukee raporttia ennen työvuoron alkua. Hoitajat kokivat, että suullisen raportoinnin tarve hiljaisen tukena oli tarpeellinen, jotta tieto voitaisiin omaksua paremmin. (Korolainen 2009, 33-34.)

Hiljainen raportointi koettiin Korhosen ja Kyllösen (2010) opinnäytetyön tuloksissa hyväksi, vaikka se olikin pidentänyt hoitajien kirjaamiseen käyttämää aikaa. Toisaalta hiljainen raportointi lisäsi merkittävästi aikaa potilastyöhön. Huolimatta siitä, että hiljaisessa raportissa hoitajat itse etsivät potilasasiakirjoista tarvitsemansa tiedot, sitä ei kuitenkaan koettu työlääksi. (Korhonen & Kyllönen 2010, 20, 22.)

Kähkönen (2010) kuvasi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään hiljaiseen raporttikäytäntöön siirtymistä Kainuun keskussairaalassa hoitajien näkökulmasta. Hoitajien mielestä hiljainen raporttikäytäntö vapautti aikaa potilastyöhön aikaisempaan enemmän, koska raporttiin ei mennyt enää yhtä paljon aikaa kuin suullisessa raportissa. Hoitajat kokivat sähköiseen kirjaamiseen liittyvän perehdytyksen ja koulutuksen puutteelliseksi, mikä puolestaan heikensi hiljaisesta raportista saatavaa informaatiota. Koulutuksen puute johti hoitajien mielestä siihen, ettei kirjaaminen ollut työntekijöiden kesken yhteneväistä. (Kähkönen 2010, 38, 40–41.)

Myös Wang, Hailey ja Yu (2011) havaitsivat puutteita potilaiden osallistumisessa hoitonsa suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen. Heidän tutkimuksensa tuloksissa kuitenkin tuotiin esille, että kirjaamisen laatu on suoraan verrannollinen hoitajan työvuosiin ja työkokemukseen. (Wang, Hailey & Yu 2011, 1868-1870.)

Laukkasen, Lehden, Hassisen ja Huplin (2012) projektityössä hoitajat nimesivät hiljaisen raportoinnin vahvuuksiksi muun muassa ajansäästön, kirjaamisen laadun paranemisen, sekä mahdollisuuden hakea juuri se tieto, jota hoitaja tarvitsee työvuoronsa aikana. Hiljaisen raportoinnin heikkouksiksi hoitajat kokivat muun muassa riittävien kirjaamistaitojen omaamisen, ongelmat tietojärjestelmissä sekä asianmukaisten raportointitilojen puuttumisen. (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 14-15.)

Aholan ja Lämsän (2013) opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin pääosin myönteisenä, mutta löysivät myös kehittämistarpeita. Osa hoitajista kertoi käyttävänsä suullista raportointia hiljaisen tukena, kun kirjaukset olivat epäselviä. Tutkimustuloksissa nousi esille, että varsinkin pitkien vapaiden jälkeen hoitajilla kului enemmän aikaa hiljaisen raportoinnin toteuttamiseen, kuin mitä siihen olisi kulunut aikaa suullisessa raportoinnissa. (Ahola & Lämsä 2013, 19-20.)

Ilmakunnaan (2013) opinnäytetyössä haastateltiin hoitajia ja selvitettiin heidän kokemuksiaan hiljaisesta raportoinnista. Tuloksista selvisi, että hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin pääasiassa hyväksi, eivätkä haluaisi palata takaisin suulliseen raportointikäytäntöön. Hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että potilaan hoidon kannalta suullinen raportti hiljaisen tukena oli tärkeää. Lisäksi hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin vapauttavan enemmän aikaa potilastyöhön. Tietokoneita oli kuitenkin liian vähän ja hoitajat kertoivat joutuvansa joskus jonottamaan tietokoneelle pääsyä. Tuloksista ilmeni myös, että hoitajat kaipasivat lisää sähköiseen kirjaamiseen liittyvää koulutusta. Osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista kertoi, ettei ollut saanut lainkaan koulutusta hiljaisesta raportoinnista. (Ilmakunnas 2013, 22-23, 25, 27.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koettiin Kiurun operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen vuodeosastoilla.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa vuodeosastoille ajankohtaista tietoa hiljaisen raportoinnin toimivuudesta. Lisäksi halusimme työllämme saada hoitohenkilökunnan miettimään omia toimintatapojaan liittyen kirjaamiseen ja tietojenkäsittelyyn.

Tutkimusongelmat:

- 1) Millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koetaan vuodeosastoilla?
- 2) Millaisiksi hoitajat kokevat omat kirjaamistaitonsa?
- 3) Kuinka kattavaksi hoitajat arvioivat omat tietojenkäsittelytaitonsa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tarkoituksena on tuottaa luotettavaa ja yleistettävää tietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan valmiiksi määriteltäviä muuttujia ja niiden välisiä yhteyksiä tilastollisten menetelmien avulla. Tätä metodologiaa käytetään kun halutaan vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija ei ole vuorovaikutuksessa tiedonantajien, vaan tarkastelee aihetta ikään kuin ulkopuolisen silmin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41; Kananen 2008, 10.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa vertaillaan otoksen suhdetta perusjoukkoon. Perusjoukko tarkoittaa sitä väestöryhmää, johon tulokset yleistetään ja otoksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi tietyn sairaalan tiettyjä hoitajia. Erilaisia tapoja muodostaa otos ovat kokonais- ja otantatutkimukset. Kokonaisotantatutkimuksessa valitaan esimerkiksi tietyn sairaalan kaikki hoitajat, kun taas otantatutkimuksessa valitaan hoitajat satunnaisesti esimerkiksi arpomalla tai valitsemalla sellaiset hoitajat, jotka sopivat tiedonantajiksi tutkittavaan aiheeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41, 49, 79.)

Valitsimme opinnäytetyöllemme kvantitatiivisen tutkimusotteen, koska tarkoituksemme oli tuottaa yleistettävää tietoa perusjoukosta. Emme valinneet kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta, koska siinä pyritään ymmärtämään ilmiötä, josta ei ole runsaasti aikaisempaa teorialtietoa. (Kananen 2008, 11, 12; Kananen 2011, 12.) Perusjoukkona opinnäytetyössämme toimi medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Opinnäytetyöhömme valitsimme kokonaisotannon, eli kaikki näillä vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat, jotta saisimme riittävästi vastauksia tilastollista analyysia varten.

Kvantitatiivisesta tutkimuksesta on tärkeää saada runsaasti vastauksia laajalta kohderyhmältä, jotta tulokset ovat yleistettävissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Opinnäytetyömme aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tiedonkeruumenetelmänä yleensä kyselylomaketta (Kananen 2011, 12). Strukturoidussa kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot ovat laadittu valmiiksi ja ne on luotu jo olemassa olevan teorian pohjalta. Esimerkkeinä tällaisista kysymyksistä voivat olla vaihtoehtokysymykset ja asteikkokysymykset. (Kananen 2008, 10, 26.)

4.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Opinnäytetyömme toimintaympäristönä toimivat Kiurun eli Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen vuodeosastot 7, 8, 9, 10 ja 12. Vuodeosastot 7 ja 10 kuuluvat operatiiviseen tulosalueeseen ja osastot 8, 9 ja 12 medisiiniseen tulosalueeseen. Opinnäytetyömme kohderyhmänä toimi vuodeosastojen hoitohenkilökunta (perushoitajat, lähihoitajat ja sairaanhoitajat). Valitsimme nämä vuodeosastot perusjoukoksi, sillä niissä kaikissa on käytössä hiljainen raportointi päivittäisessä hoitotyössä. Näillä vuodeosastoilla on hoitohenkilökuntaa osastonhoitajien ilmoittamana 149. Saimme vastauksia 112 kappaletta, jolloin kyselymme vastausprosentti oli 75.

4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Aineisto kerättiin mittaria eli kyselylomaketta (LIITE 2) hyödyntäen, jonka laadimme itse tätä opinnäytetyötä varten. Mittari koostui neljästä eri osiosta joita olivat taustatiedot, väittämät hiljaisesta raportoinnista, väittämät kirjaamisesta sekä väittämät tietoteknologisesta osaamisesta. Jokaisen osion väittämät laadittiin aikaisempien tutkimustulosten sekä olemassa olevan ajankohtaisen teorian pohjalta. Väittämien vastausvaihtoehdot olivat laadittu viisiportaiseksi Likert-asteikoksi, josta kyselyyn vastanneet ympyröivät mielipidettään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon.

Kyselylomakkeen yhteyteen liitimme myös saatekirjeen (LIITE 1) jossa kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksen, tavoitteet ja kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuuden. Lisäksi toimme esille vastausajan pituuden, ohjeet täytetyn lomakkeen käsittelyyn sekä

omat yhteystietomme mahdollisten lisäkysymysten varalta. Kyselystämme ei tullut hoitohenkilökunnalta yhteydenottoja.

Toimitimme kyselylomakkeet sekä niille tarkoitetun suljetun palautuslaatikon vuodeosastojen taukutiloihin lokakuussa 2013. Lomakkeen täyttö oli vapaaehtoista ja hoitajat pystyivät palauttamaan vastauksensa palautuslaatikkoon täysin anonyymisti. Vastausaikaa jokaisella osastolla oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen haimme palautuslaatikot ja täyttämättä jääneet lomakkeet pois vuodeosastoilta. Tavoitteenamme oli saada vähintään sata käyttökelpoista vastausta. Hävitimme kyselylomakkeet analyysin jälkeen silppuamalla.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kyselylomakkeen tulokset analysoidaan tilastollisten menetelmien avulla. Tulosten analysointiin käytimme Statistical Package for Social Sciences 18.0 (SPSS)- ohjelmistoa, joka on tarkoitettu työvälineeksi tilastolliseen tietojenkäsittelyyn. Esitämme kyselylomakkeiden tulokset kuvailevalla tilastollisella analyysillä käyttäen hyväksi prosentteja, frekvenssejä, pylväsdiagrammeja ja ristiintaulukointia.

Ristiintaulukoinnissa tarkastellaan kahden muuttujan välistä riippuvuutta. Selitettävän muuttujan jakaumaa tarkastellaan selittävän muuttujan eri luokissa. Esimerkiksi onko tietokoneiden käytön helppoudella ja työkokemuksen välillä yhteyttä. Jotta ristiintaulukoinnin tulokset olisivat tilastollisesti merkitseviä, tehdään Khiin neliö –testi, jossa tarkastellaan kuinka paljon frekvenssit eroavat toisistaan. Jos erot ovat tarpeeksi suuria, voidaan päätellä että erot eivät todennäköisesti johdu sattumasta. Testin vastaukseksi saadaan p-arvo, jonka tulee olla alle 0,05 jotta tulokset olisivat tilastollisesti merkitseviä. (Leppilampi 2012, 22-23.)

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

5.1 Mittarin validiteetti

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin esimerkiksi kyselylomake mittaa haluttua tutkimusaihetta. Kyselylomakkeen validiteettia lisää sen esitestaus ennen varsinaista aineiston keruuta. Esitestauksen avulla voidaan varmistaa mittarin toimivuus, ymmärrettävyys sekä helppokäyttöisyys. Asiantuntijan arvio kyselylomakkeesta ennen esitestausta lisää validiteettia. Asiantuntijana voi toimia henkilö, joka tuntee tutkittavan aiheen hyvin. Validiteetin osaksi voidaan lukea myös tulosten yleistettävyyshmahdollisuudet: voidaanko tuloksia yleistää suurempiin asiansyhteyksiin? (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998, 207-208, 211; Kananen 2008, 81-82; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47.)

Ennen varsinaista tutkimusaineiston keruuta suoritimme kyselylomakkeemme esitestauksen pienellä koeryhmällä, joka koostui vuosikurssimme opiskelijoista. Nämä opiskelijat olivat kaikki käyttäneet joko työssään tai käytännön harjoittelussa hiljaista raportointia sekä hoitotyön tietojärjestelmiä. Esitestauksen jälkeen teimme muutaman ulkoasua ja sanamuotoja koskeneen muutoksen lopulliseen kyselylomakkeeseen. Pyysimme myös kyselylomakkeestamme asiantuntija-arvion, jotta saisimme mahdollisimman tarkan ja luotettavan kyselylomakkeen käyttöömme. Asiantuntijana kyselylomakkeen arvioinnissa toimi ohjaava opettajamme TtM Timo Kinnunen, joka myös opettaa hoitotyön kirjaamista sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksissa. Arvion jälkeen lisäsimme vielä muutaman tarkentavan taustatietokysymyksen kyselylomakkeeseemme. Opinnäytetyömme tulokset on mahdollista yleistää vain Kiurun medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen vuodeosastojen hoitohenkilökuntaan, sillä näiden vuodeosastojen hoitohenkilökunta toimi opinnäytetyömme perusjoukkona.

5.2 Mittarin reliabiliteetti

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esitestaus parantaa validiteetin lisäksi myös sen reliabiliteettia. Kyselylomake tulee laatia mahdollisimman lyhyeksi, yksinkertaiseksi sekä ymmärrettäväksi. Kysymysten tulee edetä loogisessa järjestyksessä. Lomakkeen aloittaminen sekä lopettaminen yksinkertaiseen kysymykseen lisää tutkittavien motivaatiota täyttää kyselylomake kokonaan. Mittarin reliabiliteettiin vaikuttaa myös tutkittavista johtuvat tekijät, kuten tutkittavien vireystila, kiire ja tutkimustilanteen mahdolliset häiriötekijät. Tästä johtuen tutkimusaineiston kerääminen tulee ajoittaa mahdollisimman optimaalisesti runsaiden ja laadukkaiden vastausten saamiseksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 209-210.)

Aineiston keruu tapahtui 30.10-14.11.2013 välisenä aikana. Valitsimme ajankohdan aineiston keräämiselle niin, etteivät hoitajien vuosilomat vaikuttaneet erityisemmin vastausprosenttiin. Pyrimme laatimaan kyselylomakkeen mahdollisimman helpoksi täyttää ja loogisesti eteneväksi.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS

Kun kyse on opinnäytetyöstä tai muusta tutkimuksesta, tulee tutkittavien anonymiteetti sekä vapaaehtoisuus taata. Vapaaehtoisuus toteutuu vain silloin kun tutkittavia, tässä tapauksessa hoitajia, informoidaan tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, etenemisestä sekä tutkimuksen hyödyistä ennen aineiston keruuta. Tutkittavilla on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen niin halutessaan. Kuitenkin on hyvä muistaa, että hoitotyötä on vaikeaa kehittää ilman ammattilaiselta saatua tutkimustietoa. Siksi hoitohenkilökunnan osallistuminen tutkimuksiin on merkityksellistä ja kehittää myös heidän omaa ammattitaitoaan. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkijoiden rehellisyys läpi koko opinnäytetyöprosessin. Tulokset tulee julkaista niitä muuttamatta ja lähteet tulee merkitä sekä lähdeviitteisiin että lähdeluetteloon oikeaoppisesti ja tarkasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284-292.)

Kiurun hallintoylijohtaja Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä myönsi opinnäytetyöllemme tutkimusluvan 8.10.2013 (LIITE 3). Noudatimme opinnäytetyötämme tehdessämme hyvää tieteellistä käytäntöä koko prosessin ajan. Tulokset on ilmoitettu sellaisenaan mitään lisäämättä tai poistamatta. Tutkimus oli hoitajille vapaaehtoinen eikä kyselylomakkeessa kysytty henkilötietoja tai tietoja, joista yksittäiset hoitajat olisi voitu tunnistaa. Kyselylomakkeiden palautuslaatikko oli suljettu, eli ulkopuoliset eivät päässeet käsiksi annettuihin vastauksiin. Kun emme enää tarvinneet kyselylomakkeita, ne hävitettiin asianmukaisesti.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukosta 1 nähdään vastaajien ikä-, sukupuoli- ja koulutusjakaumat. Kolmannes vastaajista oli yli 50-vuotiaita. 21–30 –vuotiaiden osuus vastanneista oli 16 %. Vastaajista naisia oli 94 %, miehiä kyselyyn osallistui viisi (4,5 %). Sairaanhoitajien osuus vastanneista oli noin kaksi kolmasosaa. Lähes kolmannes oli perus- tai lähihoitajia. Vastanneista neljä oli koulutukseltaan terveydenhoitajia.

TAULUKKO 1. Vastaajien ikä, sukupuoli ja koulutus

	Frekvenssi	%
Ikä vuosina		
21-30	18	16,1
31-40	25	22,3
41-50	30	26,8
Yli 50	39	34,8
Yhteensä	112	100,0
Sukupuoli		
Nainen	105	93,7
Mies	5	4,5
Yhteensä	110	98,2
Ei ilmoitettu	2	1,8
Yhteensä	112	100,0
Koulutus		
Perus-/lähihoitaja	32	28,6
Sairaanhoitaja	76	67,9
Terveydenhoitaja	4	3,6
Yhteensä	112	100,0

TAULUKKO 2. Työsuhteen laatu ja työkokemus

	Frekvenssi	%
Työsuhde		
Vakituisen	92	82,1
Osa-aikainen	1	0,9
Määräaikainen	15	13,4
Yhteensä	108	96,4
Ei ilmoitettu	4	3,6
Yhteensä	112	100,0
Työkokemus vuosina		
Alle 5	17	15,2
6-15	46	41,0
16-25	23	20,5
26-35	18	16,1
Yli 36	7	6,3
Yhteensä	111	99,1
Ei ilmoitettu	1	0,9
Yhteensä	112	100,0

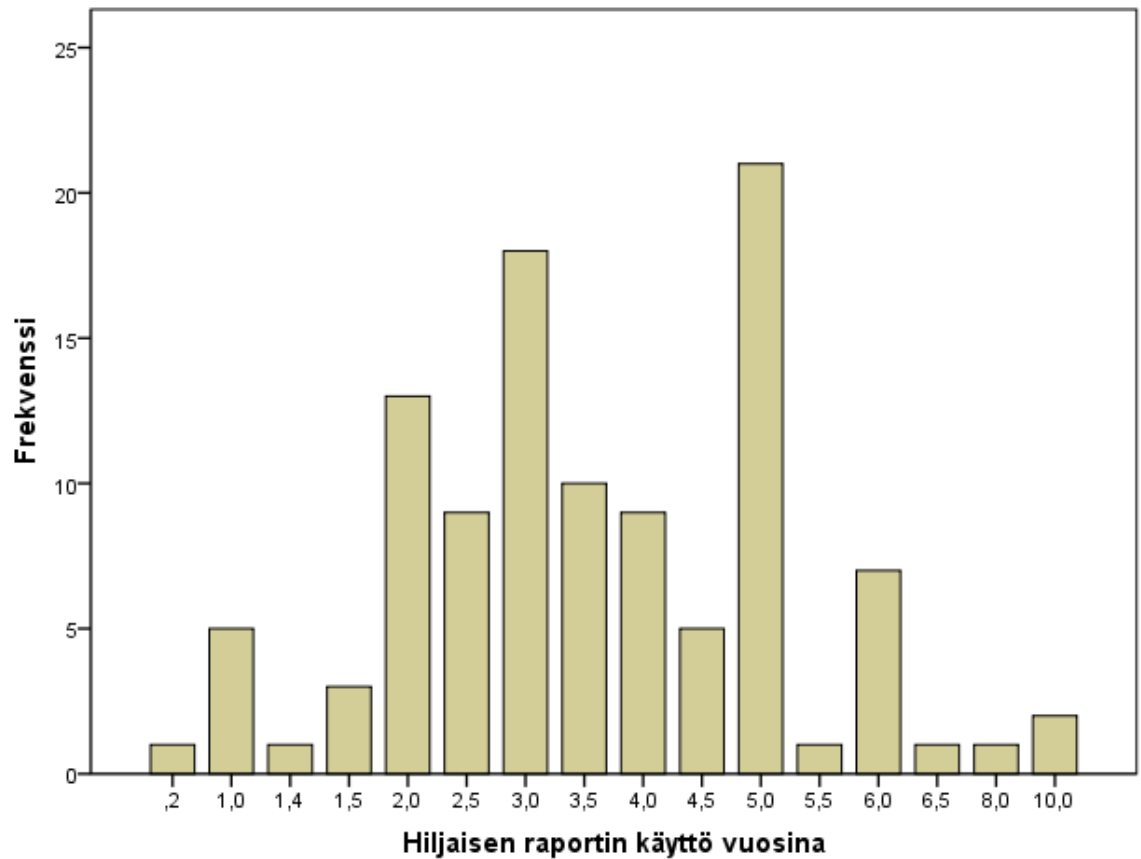
Yllä oleva taulukko (TAULUKKO 2) kuvaa vastaajien työsuhteen laatua ja työkokemusta vuosina. Neljä viidestä vastaajasta oli vakituksessa työsuhteessa. Osa-aikaisia työntekijöitä oli yksi ja määräaikaisessa työsuhteessa ilmoitti olevansa noin 15 % vastanneista. Neljä vastaajaa ei ilmoittanut työsuhteensa laatua. Yli puolella vastanneista työkokemusta oli enintään 15 vuotta. Yli 36 vuotta työkokemusta oli noin kuudella prosentilla vastaajista.

TAULUKKO 3. Täydennyskoulutuksiin osallistuminen

	KYLLÄ	EI
Hiljaiseen raportointiin liittyvään täydennyskoulutukseen osallistuminen kuluneen vuoden aikana	5 (4,5 %)	107 (95,5 %)
Sähköiseen kirjaamiseen liittyvään täydennyskoulutukseen osallistuminen kuluneen vuoden aikana	42 (37,5 %)	69 (61,6 %)
Tietotekniseen täydennyskoulutukseen osallistuminen kuluneen kolmen vuoden aikana	63 (56,2 %)	48 (42,9 %)

Taulukko 3 kuvaa hoitajien osallistumista täydennyskoulutuksiin. Hiljaiseen raportointiin liittyvään täydennyskoulutukseen hoitajista oli osallistunut kuluneen vuoden aikana noin viisi prosenttia. Sähköiseen kirjaamiseen liittyvään täydennyskoulutukseen oli osallistunut noin kolmannes vastaajista kuluneen vuoden aikana. Tietotekniseen

täydennyskoulutukseen oli kuluneen kolmen vuoden aikana osallistunut yli puolet vastaajista.



KUVIO 4. Hiljaisen raportin käyttö vuosina

Yllä oleva kuvio (KUVIO 4) kuvaa pylväsdiagrammin avulla hiljaisen raportoinnin käyttöä vuosina. Vastaukset vaihtelivat kahden kuukauden ja kymmenen vuoden välillä. Vastauksissa tyyppiarvo eli yleisin arvo (moodi) oli viisi vuotta.

TAULUKKO 4. Hiljaisen raportin käytön keskiarvo, mediaani sekä keskihajonta

N	Valid	107
	Ei ilmoitettu	5
Keskiarvo		3,7
Mediaani		3,5
Keskihajonta		1,7

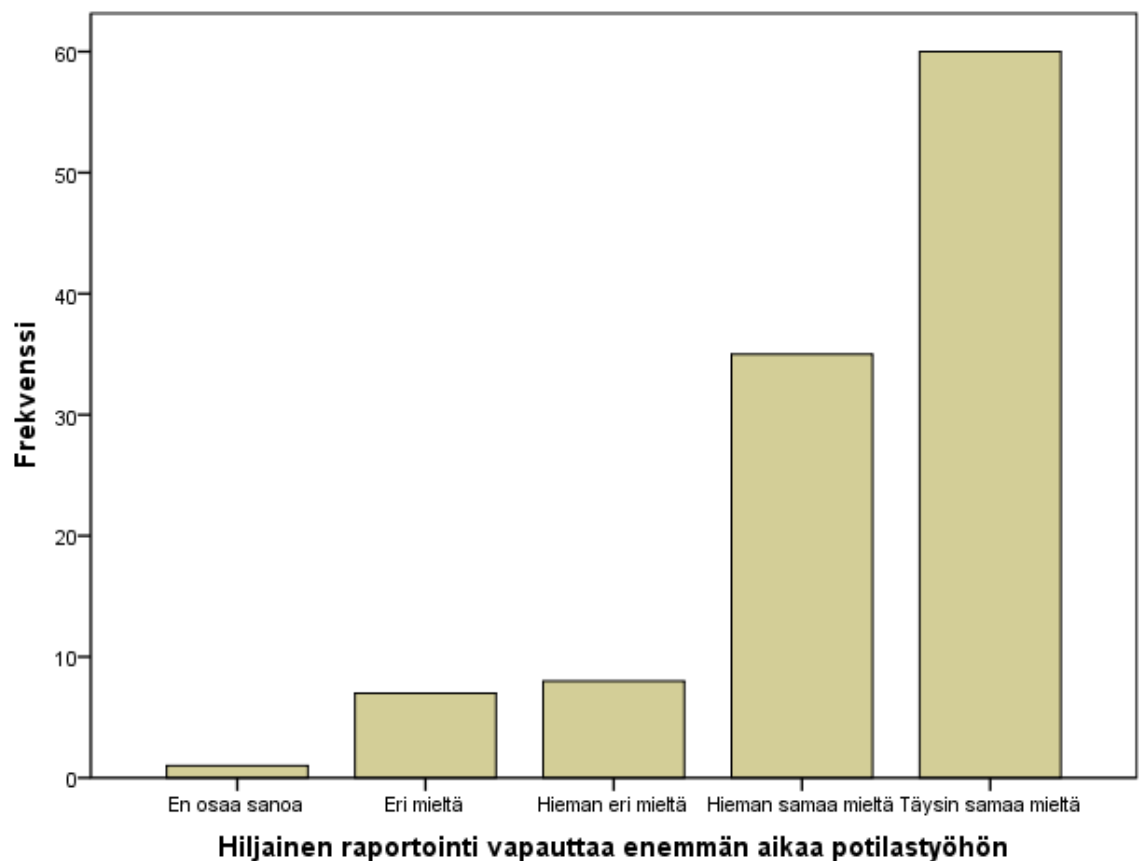
Taulukosta 4 selviää hiljaisen raportoinnin käytön keskiarvo (vuosina), mediaani sekä keskihajonta. Keskimäärin hiljaista raportointia oli käytetty noin neljä vuotta. Aineiston mediaani eli keskiluku oli 3,5. Keskiluku ilmoittaa aineiston keskimmäisen luvun silloin, kun aineiston arvot on järjestetty pienimmästä arvosta suurimpaan. Keskihajonta aineistossa oli 1,7 ja se kuvaa aineistossa vastausten jakautumista keskiarvon ympärille. 60 % vastauksista sijaitsi keskihajonnan verran keskiarvon molemmilla puolilla. Tässä aineistossa vastauksista 60 % jakaantui välille 2,0 - 5,4.

7.2 Tulokset hiljaisesta raportoinnista

TAULUKKO 5. Vuoron alussa on riittävästi aikaa lukea raportti

	Frekvenssi	%
Valid		
Eri mieltä	16	14,3
Hieman eri mieltä	31	27,7
Hieman samaa mieltä	36	32,1
Täysin samaa mieltä	28	25,0
Yhteensä	111	99,1
Ei ilmoitettu	1	,9
Yhteensä	112	100,0

Yllä olevasta taulukosta (TAULUKKO 5) huomataan, että enemmistö vastaajista oli hieman tai täysin samaa mieltä siitä, että hiljaisen raportin lukemiseen oli varattu riittävästi aikaa vuoron alussa. Hieman eri mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa oli noin 40 % vastaajista.



KUVIO 5. Hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaa potilastyöhön

Kuvio 5 havainnollistaa hoitajien mielipidettä siitä, vapauttaako hiljainen raportointi enemmän aikaa potilastyöhön. Hieman yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hiljainen raportointikäytäntö vapauttaa enemmän aikaa potilastyöhön. Hieman samaa mieltä oli noin kolmannes. Hieman eri tai eri mieltä oli noin 15 % vastanneista.

TAULUKKO 6. Tarvitsen suullista raporttia hiljaisen tueksi

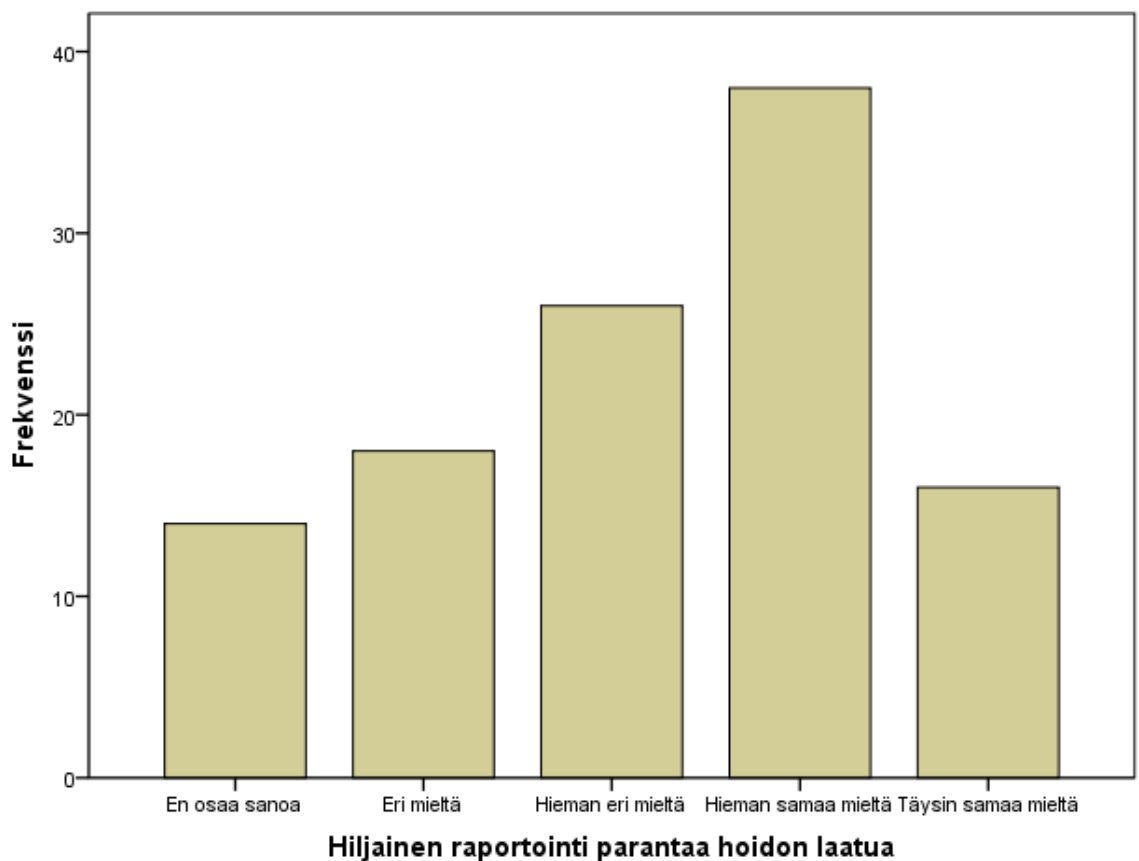
		Frekvenssi	%
Valid	Eri mieltä	40	35,7
	Hieman eri mieltä	17	15,2
	Hieman samaa mieltä	41	36,6
	Täysin samaa mieltä	13	11,6
	Yhteensä	111	99,1
Ei ilmoitettu		1	,9
Yhteensä		112	100,0

Taulukko 6 havainnollistaa hoitajien mielipidettä siitä, tarvitsevatko he suullista raporttia hiljaisen tueksi. Täysin samaa mieltä oli noin kymmenen prosenttia vastanneista ja hieman samaa mieltä oli noin kolmannes. Vastaavasti hieman eri mieltä väittämän kanssa oli noin 15 % ja eri mieltä hieman yli kolmannes vastaajista.

TAULUKKO 7. Saan kaiken tarvitsemani tiedon hiljaisesta raportista

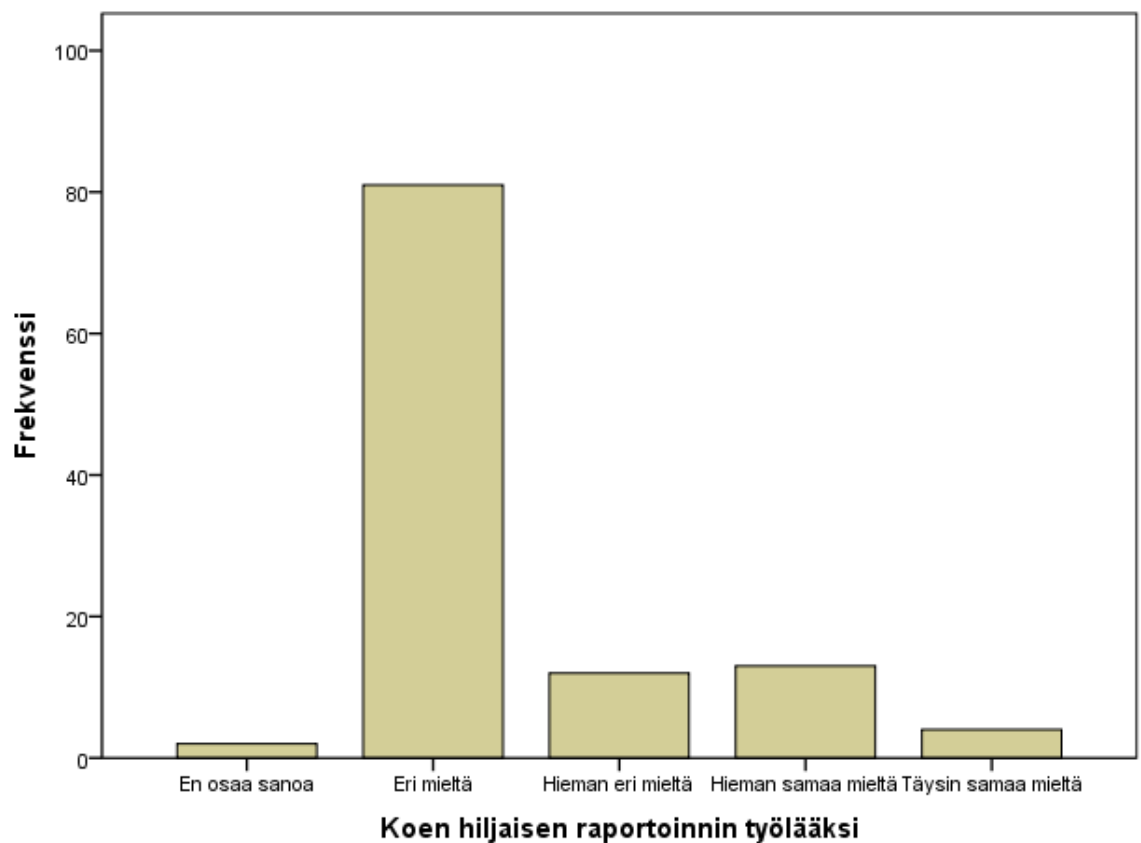
	Frekvenssi	%
Valid En osaa sanoa	1	,9
Eri mieltä	19	17,0
Hieman eri mieltä	32	28,6
Hieman samaa mieltä	38	33,9
Täysin samaa mieltä	22	19,6
Yhteensä	112	100,0

Taulukko 7 kuvaa sitä, saavatko hoitajat kaiken tarvitsemansa tiedon hiljaisesta raportista. Kaiken tarvitsemansa tiedon hiljaisesta raportista koki saavansa noin viidennes. Hieman samaa mieltä väittämän kanssa oli noin kolmannes. Lähes puolet vastaajista oli hieman eri mieltä tai eri mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 6. Hiljainen raportointi parantaa hoidon laatua

Yllä oleva pylväsdiagrammi (KUVIO 6) havainnollistaa hoitajien mielipidettä siitä, parantaako hiljainen raportointi hoidon laatua. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli noin 15 % ja hieman samaa mieltä noin kolmannes vastaajista. Hieman eri mieltä oli lähes neljäsosa ja eri mieltä noin 15 % vastaajista. 12 % vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään väittämään.



KUVIO 7. Koen hiljaisen raportoinnin työlääksi

Kuvio 7 havainnollistaa hoitajien kokemuksen hiljaisen raportointikäytännön työläydestä. Noin 70 % oli eri mieltä väittämän kanssa. Hieman eri mieltä oli noin 10 % vastaajista ja hieman samaa mieltä noin 10 %. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli alle viisi prosenttia vastaajista. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

7.3 Tulokset hoitajien kirjaamistaidoista

TAULUKKO 8. Kirjaamiseen on varattu työvuoroissa riittävästi aikaa

	Frekvenssi	%
Valid En osaa sanoa	3	2,7
Eri mieltä	19	17,0
Hieman eri mieltä	46	41,1
Hieman samaa mieltä	30	26,7
Täysin samaa mieltä	14	12,5
Yhteensä	112	100,0

Taulukko 8 esittää hoitajien mielipiteen siitä, onko työvuoroissa varattu riittävästi aikaa kirjaamiseen. Eri mieltä väittämän kanssa oli 17 % ja hieman eri mieltä 40 % vastaajista. Hieman samaa mieltä oli noin neljännes, kun taas täysin samaa mieltä oli noin 10 % vastaajista.

TAULUKKO 9. Työkokemuksen suhde kirjaamisajan riittävyyteen

			Kirjaamiseen on varattu työvuoroissa riittävästi aikaa					
			En osaa sanoa	Eri mieltä	Hieman eri mieltä	Hieman samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
Työkokemus	Alle 15 vuotta	Frekvenssi %	0 ,0%	14 22,2%	25 39,7%	18 28,6%	6 9,5%	63 100,0%
	Yli 15 vuotta	Frekvenssi %	3 6,3%	5 10,4%	20 41,7%	12 25,0%	8 16,7%	48 100,0%
Yhteensä		Frekvenssi %	3 2,7%	19 17,1%	45 40,5%	30 27,0%	14 12,6%	111 100,0%

Taulukko 9 kuvaa työkokemuksen pituuden suhdetta siihen, koetaanko kirjaamiseen varatun ajan riittävän työvuoroissa. Taulukosta selviää, että alle 15 vuotta työkokemusta omaavat hoitajat kokivat kirjaamiseen varatun ajan riittämättömäksi kauemmin töissä olleita kollegojaan useammin.

TAULUKKO 10. Koen saaneeni riittävästi koulutusta kirjaamiseen

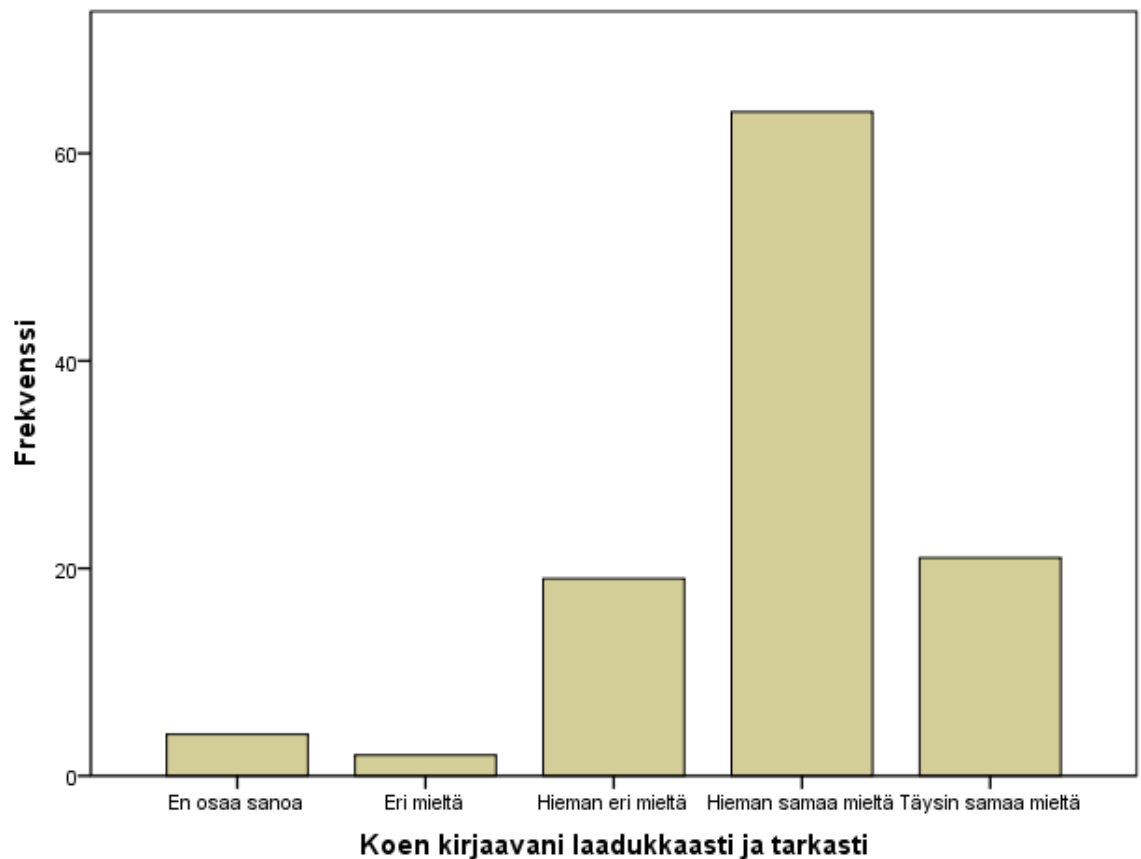
	Frekvenssi	%
Valid En osaa sanoa	1	,9
Eri mieltä	16	14,3
Hieman eri mieltä	25	22,3
Hieman samaa mieltä	50	44,6
Täysin samaa mieltä	20	17,9
Yhteensä	112	100,0

Yllä olevasta taulukosta 10 nähdään, että hoitajista lähes 20 % koki saaneensa riittävästi koulutusta kirjaamisesta. Hieman samaa mieltä oli suurin osa vastaajista, 45 %. Hieman eri mieltä oli noin viidennes ja eri mieltä noin 15 %.

TAULUKKO 11. Osastollani kirjataan yhtenevällä tavalla

	Frekvenssi	%
Valid Eri mieltä	15	13,4
Hieman eri mieltä	28	25,0
Hieman samaa mieltä	54	48,2
Täysin samaa mieltä	15	13,4
Yhteensä	112	100,0

Taulukosta 11 selviää, kirjataanko vuodeosastoilla hoitajien mielestä yhtenevällä tavalla. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli noin 13 % hoitajista, kun taas hieman samaa mieltä oli lähes puolet. Hieman eri mieltä väittämän kanssa oli viidennes ja eri mieltä noin 13 % hoitajista.



KUVIO 8. Koen kirjaavani laadukkaasti ja tarkasti

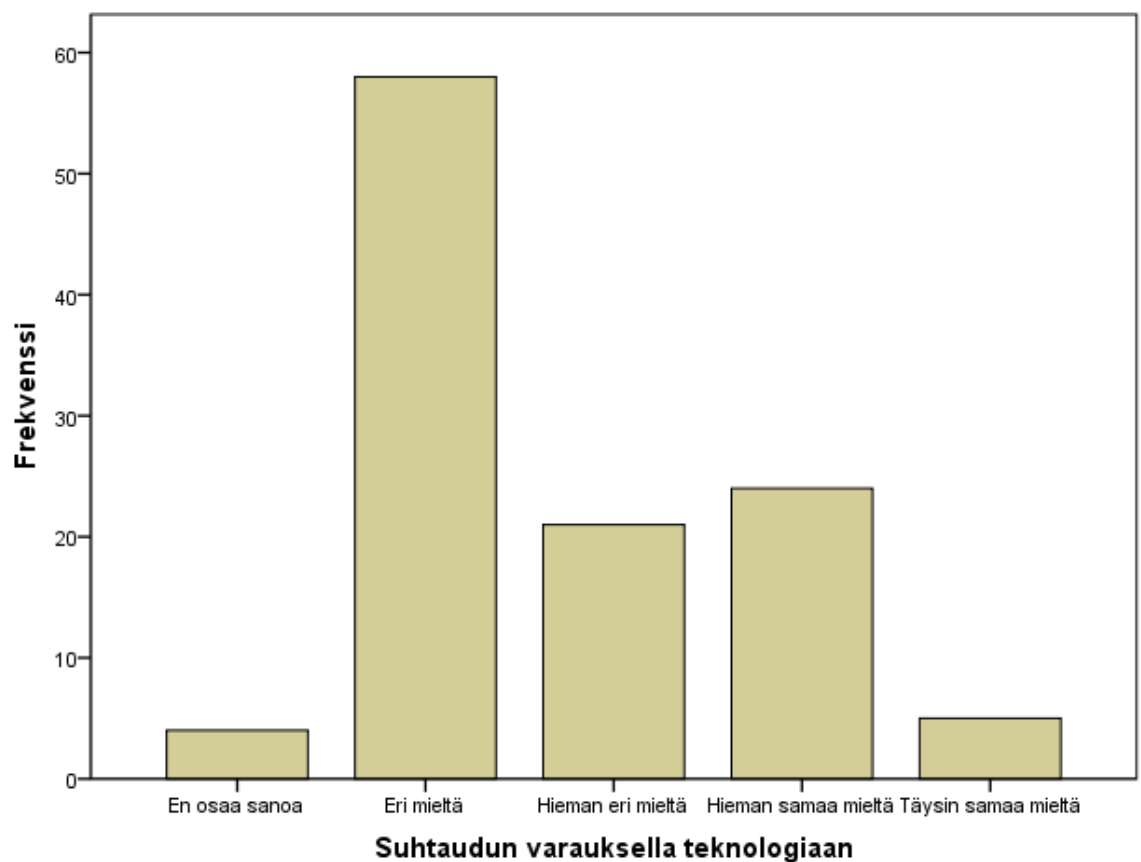
Pylväsdiagrammi (KUVIO 8) havainnollistaa hoitajien mielipidettä siitä, kirjaavatko he mielestään laadukkaasti ja tarkasti. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli viidennes hoitajista ja lähes 60 % hieman samaa mieltä. Hieman eri mieltä oli 17 % ja eri mieltä alle kaksi prosenttia hoitajista. Neljä hoitajaa ei osannut sanoa mielipidettään väittämään ja kaksi hoitajaa oli jättänyt kokonaan vastaamatta.

TAULUKKO 12. Hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisajat ovat pidentyneet

	Frekvenssi	%
Valid En osaa sanoa	12	10,7
Eri mieltä	19	17,0
Hieman eri mieltä	16	14,3
Hieman samaa mieltä	38	33,9
Täysin samaa mieltä	27	24,1
Yhteensä	112	100,0

Taulukko 12 kuvaa hoitajien mielipidettä siitä, ovatko hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisajat pidentyneet. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli noin neljäsosa ja hieman samaa mieltä noin kolmasosa hoitajista. Hieman eri mieltä oli noin 15 % hoitajista ja eri mieltä oli noin viidesosa hoitajista. 10 % hoitajista ei osannut ilmaista mielipidettään asiasta.

7.4 Tulokset hoitajien tietojenkäsittelytaidoista



KUVIO 9. Suhtaudun varauksella teknologiaan

Kuvio 9 kuvaa hoitajien suhtautumista teknologiaan. Hieman yli puolet oli eri mieltä siitä, että suhtautuu teknologiaan varauksella. Hieman eri mieltä oli noin viidennes vastaajista. Hieman samaa mieltä oli noin 20 % ja täysin samaa mieltä hieman alle viisi prosenttia hoitajista. Neljä hoitajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

TAULUKKO 13. Tietokoneita on helppo käyttää

	Frekvenssi	%
Valid Eri mieltä	5	4,5
Hieman eri mieltä	24	21,4
Hieman samaa mieltä	43	38,4
Täysin samaa mieltä	40	35,7
Yhteensä	112	100,0

Yllä oleva taulukko (TAULUKKO 13) kuvaa hoitajien mielipidettä siitä, kokevatko he tietokoneiden käytön helpoksi. Täysin samaa mieltä oli noin kolmannes hoitajista ja hieman samaa mieltä oli lähes 40 %. Viidennes hoitajista oli hieman eri mieltä väittämän kanssa ja eri mieltä oli hieman alle viisi prosenttia.

TAULUKKO 14. Työkokemuksen suhde tietokoneiden helppokäyttöisyyteen

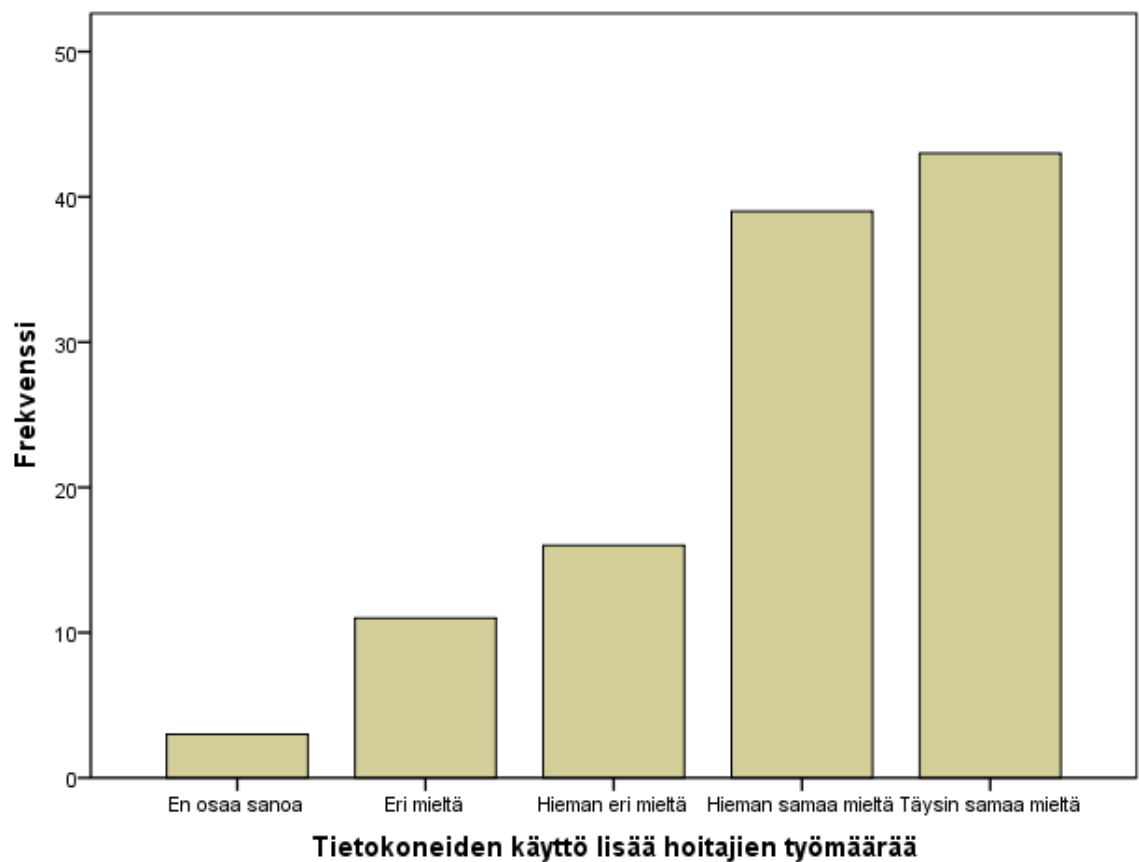
			Tietokoneita on helppo käyttää				Yhteensä
			Eri mieltä	Hieman eri mieltä	Hieman samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
Työkokemus	Alle 15 vuotta	Frekvenssi	3	12	20	28	63
		%	4,8%	19,0%	31,7%	44,4%	100,0%
	Yli 15 vuotta	Frekvenssi	2	11	23	12	48
		%	4,2%	22,9%	47,9%	25,0%	100,0%
Yhteensä		Frekvenssi	5	23	43	40	111
		%	4,5%	20,7%	38,7%	36,0%	100,0%

Taulukko 14 kuvaa työkokemuksen pituuden suhdetta siihen, kokeeko vastaaja tietokoneiden käytön helpoksi. Alle 15 vuotta työkokemusta omaavat kokivat keskimäärin helpommaksi tietokoneiden käytön kuin yli 15 vuotta työssä olleet kollegansa.

TAULUKKO 15. Koen saaneeni riittävästi tietoteknistä koulutusta

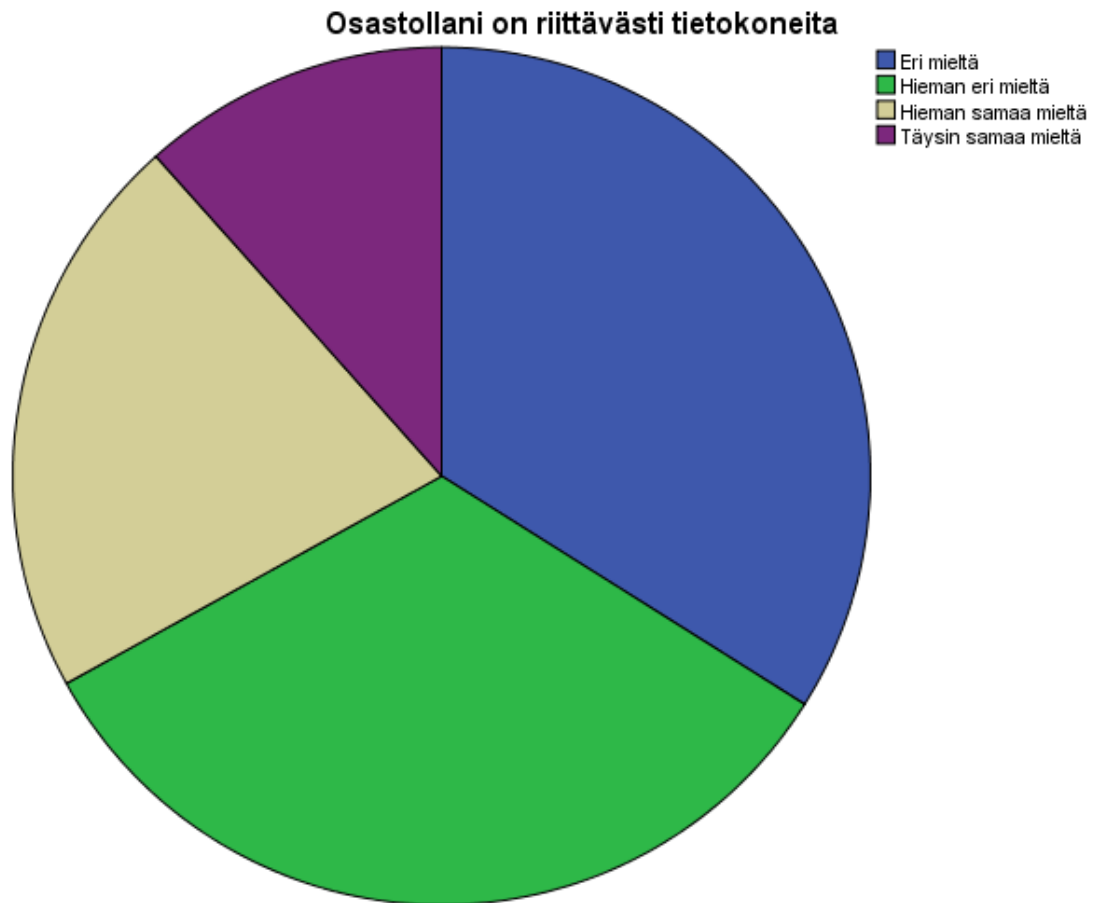
	Frekvenssi	%
Valid En osaa sanoa	1	,9
Eri mieltä	19	17,0
Hieman eri mieltä	40	35,7
Hieman samaa mieltä	25	22,3
Täysin samaa mieltä	27	24,1
Yhteensä	112	100,0

Taulukko 15 kuvaa hoitajien kokemusta siitä, ovatko saaneet riittävästi tietoteknistä koulutusta. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli noin neljännes hoitajista. Hieman samaa mieltä taas oli noin viidennes vastaajista. Hieman eri mieltä oli hieman yli kolmannes ja eri mieltä 17 % vastaajista.



KUVIO 10. Tietokoneiden käyttö lisää hoitajien työmäärää

Kuvio 10 havainnollistaa hoitajien kokemusta siitä, lisääkö tietokoneiden käyttö heidän työmääräänsä. Valtaosa oli joko täysin samaa mieltä tai hieman samaa mieltä väittämän kanssa. Hieman eri mieltä oli noin 15 % ja eri mieltä hieman alle 10 % hoitajista. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.



KUVIO 11. Osastollani on riittävästi tietokoneita

Yllä oleva ympyräkaavio (KUVIO 11) kuvaa hoitajien mielipidettä siitä, onko vuodeosastoilla riittävästi tietokoneita. Kaksi kolmasosaa hoitajista oli hieman eri tai eri mieltä väittämän kanssa. Hieman samaa mieltä väittämän kanssa oli noin viidennes ja täysin samaa mieltä noin 10 % vastaajista.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimusmenetelmien tarkastelua

Valitsimme tutkimusotteeksemme kvantitatiivisen lähestymistavan. Tulosten analysointiin käytimme SPSS-ohjelmistoa ja koimme sen hyväksi työkaluksi opinnäytetyötä tehdessämme. Nyt tämän prosessin jälkeen olemme edelleen sitä mieltä, että kvantitatiivinen tutkimusote oli oikea valinta. Halusimme työllämme tuottaa yleistettävää tietoa hiljaisesta raportoinnista Kiurun vuodeosastoille, jotta raportointikäytäntöjä voitaisiin kehittää jatkossa. Tämä oli myös työelämän yhteistyökumppanimme toive. Mikäli olisimme valinneet laadullisen tutkimusotteen, emme olisi saaneet riittävän yleistettävää tietoa hiljaisesta raportoinnista.

Opinnäytetyömme kyselyyn vastasi yhteensä 112 hoitotyön ammattilaista, jolloin vastausprosentti oli 75. Vastausprosenttiin on voinut vaikuttaa hoitajien ja erityisesti osastonhoitajien mielenkiinto aiheitamme kohtaan, sekä aiheen ajankohtaisuus ja informatiivisuus.

Kyselylomakkeiden täytössä ilmeni joitakin epäselvyyksiä. Lomakkeiden reunoille oli kirjoitettu yksittäisiä kommentteja. Koska tutkimuksemme on kvantitatiivinen, emme hyödyntäneet kirjoitettua tekstiä työssämme. Arvostamme kuitenkin hoitajien innokkuutta tarkentaa omia mielipiteitään. Yksittäisissä väittämissä emme olleet saaneet vastausta muutamilta hoitajilta. Tähän voi olla syynä se, että väittämää ei huomattu, väittämään ei haluttu vastata tai vastaaja ei osannut ilmaista mielipidettään. Tämä päti erityisesti taustatieto-osiossa. Lisäksi ongelmia ilmeni kysymyksen: ”Kuinka monta vuotta olet käyttänyt hiljaista raportointia hoitotyössä?” kanssa, sillä suurin osa vastaajista oli ilmoittanut vastauksensa vaihtelevana, esimerkiksi 4-5 -vuotta. Näissä tapauksissa valitsimme vastaukseksi näiden lukujen keskiarvon, tässä esimerkissä 4,5 -vuotta.

Teimme opinnäytetyön tuloksia tarkastellessamme useita ristiintaulukointeja vaihtelevilla muuttujilla. Opinnäytetyöhömme valitsimme kaksi ristiintaulukointia, joissa p-arvo oli

joko 0,05 tai todella lähellä sitä. Muissa ristiintaulukoinneissa p-arvo oli liian suuri eli ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

8.2.1 Hiljainen raportointi työvälineenä

Kyselyyn vastanneista huomattava osa oli naisia. Heitä oli 93,8 % (n = 105). Miehiä kyselyyn osallistuneista oli vain 4,5 % (n = 5). Tulos kuvastaa hyvin hoitotyön todellista tilannetta, naisia on enemmän kuin miehiä. Eniten edustettu ikäryhmä olivat yli 50 – vuotiaat, vähiten edustettu ikäryhmä 21-30 –vuotiaat. Tämä tulos kuvaa osuvasti hoitotyön tämänhetkistä tilannetta, jossa suuri osa työntekijöistä tulee eläköitymään seuraavan kymmenen vuoden aikana. Enemmistö vastaajista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia ja vakituksessa työsuhteessa olevia. Eniten työkokemusta vastaajilla oli 6-15 –vuoden ajalta ja vähiten yli 36 –vuoden ajalta.

Keskimäärin hiljaista raportointia oli käytetty vuodeosastoilla 3,7 vuotta. Tämä kuvastaa mielestämme hyvin sitä, kuinka uusi käsite hiljainen raportointi on hoitotyössä. Vastausten vaihteluväli oli suuri: kahdesta kuukaudesta aina kymmeneen vuoteen asti.

Hieman yli puolet hoitajista oli sitä mieltä, että hiljaisen raportin lukemiseen on työvuoron alussa varattu riittävästi aikaa. Kuitenkin yli 40 % koki, että aikaa ei ollut riittävästi raportin lukemiseen. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaan potilastyöhön. Vastaavaan tulokseen olivat päätyneet Korolainen (2009), Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli (2012), Korhonen & Kyllönen (2010), Ilmakunnas (2013) ja Kähkönen (2010) tutkimuksiensa tuloksissa.

Jakautuneita mielipiteitä herätti se, tarvitsevatko hoitajat suullista raporttia hiljaisen tueksi. 48,2 % koki tarvitsevansa ainakin jonkin verran suullista raporttia hiljaisen tueksi, kun taas 50,9 % ei kokenut sitä aina tarvitsevansa. Korolaisen (2009) opinnäytetyön tuloksissa hoitajat olivat ilmoittaneet käyttävänsä suullista raporttia hiljaisen tukena, jotta raportissa oleva tieto olisi paremmin ymmärrettävissä. Myös Aholan & Lämsän (2013) opinnäytetyön tuloksissa selvisi, että hoitajat käyttivät suullista raporttia hiljaisen tukena.

silloin, kun ilmeni epäselvyyksiä jossain asiassa. Ilmakunnaan (2013) opinnäytetyön tuloksissa hoitajat ilmoittivat kokevansa suullisen raportin tärkeäksi hiljaisen raportin rinnalla. Kaiken tarvitsemansa tiedon hiljaisesta raportista koki saavansa vain hieman yli puolet kyselyymme vastanneista hoitajista.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan mielipide siitä, parantaako hiljainen raportointi hoidon laatua, oli jakautunut tasan. Noin 50 % oli sitä mieltä, että hoidon laatu paranee ainakin hieman ja noin 40 % oli eri mieltä. Tähän väittämään yli 10 % ei ollut osannut sanoa mielipidettään. Tämä voi johtua siitä, että hoitajien on vaikea nähdä käytännössä hoidon laadun ja hiljaisen raportointikäytännön välistä yhteyttä. Tarkan kirjaamisen on todettu parantavan hoidon laatua, sekä lisäävän potilasturvallisuutta (Ahonen ym. 2012, 48). Myös Korolaisen (2009) opinnäytetyön tuloksissa todettiin hiljaisen raportoinnin parantavan hoidon laatua. On myös mahdollista, että hoitajilla ei ole vertailupohjaa hiljaiselle raportoinnille, eli he eivät ole käyttäneet työssään muuta raportointimenetelmää, ja siksi kysymykseen vastaaminen on voitu kokea vaikeaksi. Valtaosa vastaajista ei kokenut hiljaista raportointia työlääksi. Vastaavaan tulokseen päätyivät Korhonen & Kyllönen (2010) opinnäytetyössään. Kyselyymme vastanneista vain pieni osa, noin 15 %, koki hiljaisen raportoinnin ainakin hieman työlääksi. Hiljaiseen raportointiin liittyvään täydennyskoulutukseen oli osallistunut vastaajista vain 4,5 %, jolloin 95,5 % ei ollut tällaiseen koulutukseen osallistunut. Myös Ilmakunnaan (2013) opinnäytetyössä selvisi, että vastaajat eivät olleet saaneet minkäänlaista koulutusta hiljaisesta raportoinnista.

Mielipiteet hiljaisesta raportoinnista jakoutuivat hoitajien kesken positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin. Kuitenkin hiljainen raportointi koettiin pääasiassa positiivisena asiana. Hiljainen raportointikäytäntö koettiin hoitajien keskuudessa vähätöiseksi ja aikaa säästäväksi. Hoitajilla oli enemmän aikaa olla potilaiden kanssa päivittäisessä hoitotyössä. Myös Laukkasen, Lehden, Hassisen ja Huplin (2012) työn tuloksissa huomattiin hiljaisen raportoinnin säästävän aikaa potilastyöhön. Kuitenkin suullista raporttia käytetään hiljaisen tukena todennäköisesti siksi, etteivät hoitajat saaneet kaikkea tarvitsemaansa tietoa kirjauksista ja potilastietojärjestelmästä. Ideaalitilanteessa hoitajan tulisi pystyä kuitenkin saamaan kaiken tarvitsemansa tiedon potilastietojärjestelmästä. Aholan ja Lämsän (2013) opinnäytetyössä ilmeni, että suullista raportointia käytettiin silloin kun kirjaukset olivat epäselviä.

Hiljaiseen raportointiin liittyvään täydennyskoulutukseen oli tuloksissamme osallistunut kuluneen vuoden aikana viisi prosenttia vastaajista. Ilmakunnaan (2013) tuloksissa selvisi, että osa hoitajista ei ollut saanut lainkaan hiljaiseen raportointiin liittyvää koulutusta, vaikka kaipasivatkin sitä. Syy siihen, miksi koulutuksiin ei osallistuta voi riippua monestakin eri asiasta: koulutuksen ei koeta olevan tarpeellista, resurssit eivät ole riittävät tai oma motivaatio aiheeseen puuttuu. On kuitenkin muistettava, että laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määritellään terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudeksi ylläpitää ja kehittää ammattitaitoa sekä perehtyä ammattitoimintaansa liittyviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee lisäksi tämän lain mukaan mahdollistaa, että ammattihenkilöllä on mahdollisuus osallistua tarvitsemaansa täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

8.2.2 Hoitajien kirjaamistaidot

Kysyttäessä, onko työvuoroissa varattu riittävästi aikaa kirjaamiseen, mielipiteet jakautuivat puoliksi. Hieman eri mieltä asiasta oli enemmistö, noin 40 %. Ristiintaulukoitaessa selvisi, että työkokemusta yli 15 vuotta omaavat hoitajat kokivat kirjaamiseen varatun ajan riittäväksi alle 15 vuotta työkokemusta omaavia kollegojaan useammin. Myös Wang, Hailey ja Yu (2011) olivat huomanneet tutkimuksessaan, että kauemmin työssä olleet hoitajat kirjasivat tehokkaammin. Laineen (2008) Pro Gradututkielman tuloksissa hoitajat olivat ilmoittaneet ajan puutteen esteeksi laadukkaan sähköisen kirjaamisen toteutumiselle. Opinnäytetyömme tuloksissa riittävästi koulutusta kirjaamiseen koki saaneensa noin 60 % vastanneista. Lisäksi 37,5 % oli osallistunut kuluneen vuoden aikana sähköiseen kirjaamiseen liittyvään täydennyskoulutukseen. Kähkösen (2010) opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kaipasivat lisää perehdytystä ja koulutusta sähköiseen kirjaamiseen, sillä puutteellinen kirjaaminen heikensi hiljaisesta raportista saatua tietoa. Ilmakunnaan (2013) opinnäytetyössä selvisi myös, että hoitajat kaipaavat lisää koulutusta sähköisestä kirjaamisesta. Samaan tulokseen päätyi myös Korolainen (2009) opinnäytetyössään.

Kyselyymme vastanneet hoitajat kokivat kirjaamisen pääosin yhteneväksi vuodeosastoillaan. Hieman eriäväksi yhtenevät kirjaamistavat koki noin 40 % vastanneista.

Sekä Laine (2008) Pro Gradussaan että Kähkönen (2010) opinnäytetyössään päätyivät siihen tulokseen, että puutteellinen kouluttaminen tai sen puuttuminen kokonaan johti kirjaamiskäytänteiden kirjavuuteen ja hoitotyön luokitusten vääränlaiseen käyttöön. Valtaosa kyselyymme vastanneista oli joko hieman tai täysin samaa mieltä siitä, että kirjasi laadukkaasti ja tarkasti. Laukkasen, Lahden, Hassisen & Huplin (2012) projektityössä selvisi, että hiljainen raportointikäytäntö parantaa myös kirjaamisen laatua.

Hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisaikojen koki pidentyneen 58 % kyselyymme vastanneista hoitajista. Yli 10 % vastanneista ei osannut sanoa mielipidettään siitä, vaikuttiko hiljainen raportointi kirjaamisaikoihin. Tämä voi johtua siitä, etteivät hoitajat ole huomanneet muutosta kirjaamisajoissa siirryttäessä suullisesta hiljaiseen raporttiin. On myös mahdollista, ettei hoitajilla ole vertailupohjaa muuhun raporttikäytäntöön jolloin on hankala arvioida, ovatko kirjaamisajat pidentyneet. Myös Korhosen & Kyllösen (2010) opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kokivat kirjaamisaikojen pidentyneen hiljaisen raportoinnin myötä, mutta pitivät kuitenkin hiljaista raportointia myönteisenä käytäntönä.

Hoitajat arvioivat omat kirjaamistaitonsa pääasiassa hyväksi huolimatta siitä, että 40 % koki kirjaamiskäytänteiden vaihtelevan. On mahdollista, että koulutuksen puute johtaa kirjaviin kirjaamiskäytänteisiin, sillä yli 60 % hoitajista ei ollut osallistunut sähköiseen kirjaamiseen liittyvään täydennyskoulutukseen kuluneen vuoden aikana. Myös Kähkönen (2010) päätyi siihen tulokseen, että koulutuksen puute johtaa työntekijöiden kesken erilaisiin kirjaamiskäytäntöihin. Noin 35 % vastaajista ei kokenut saaneensa riittävästi koulutusta sähköisestä kirjaamisesta. Vaikka hiljaisen raportoinnin koettiin pidentäneen kirjaamisaikoja, potilastyöhön oli silti vapautunut enemmän aikaa. Pidentyneet kirjaamisajat voivat kertoa siitä, että kirjaamisen laadukkuus on parantunut hiljaisen raportoinnin myötä. Henkilökunta joutuu miettimään pidempään mitä kirjaa, jotta seuraava hoitaja ymmärtäisi ja saisi kaiken tarvitsemansa tiedon tekstistä. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että vuoroissa ei ollut varattu riittävästi aikaa kirjaamiselle. Tähän voi vaikuttaa se, kuinka kauan yksittäisellä henkilöllä menee aikaa kirjata, osaako käyttää tietojärjestelmiä ja kiire työvuoroissa voi syödä aikaa dokumentoinnilta. Yli 15 vuotta työssä olleet hoitajat kokivat kirjaamiseen varatun ajan useammin riittäväksi kuin alle 15 vuotta työssä olleet. Tähän voi vaikuttaa työn mukana tullut kokemus kirjaamisesta ja osaston työtavoista.

8.2.3 Hoitajien tietojenkäsittelytaidot

Kyselyymme vastanneista suurin osa suhtautui teknologiaan varauksetta. Varautuneesti teknologiaan suhtautui noin neljäsosa vastaajista. 74 % vastaajista koki, että tietokoneita on helppo käyttää. Tietotekniseen täydennyskoulutukseen viimeisen kolmen vuoden aikana oli osallistunut noin 56 % hoitajista. Riittävästi tietoteknistä koulutusta koki saaneensa noin 46 % vastaajista. Kuitenkin ilmeni, että yli puolet hoitajista koki saamansa koulutuksen ainakin hieman riittämättömäksi. Koulutuksen vähäisyys on yhteydessä haluttomuuteen käyttää tietokoneita, kun taas kouluttaminen lisää positiivista asennoitumista, vähentää ennakkoluuloja tietokoneita kohtaan sekä lisää potilasturvallisuutta (Ensio & Saranto 2004, 15; Partanen & Kvist 2007).

Kyselymme tuloksista nousi esiin tietokoneiden vähäisyys vuodeosastoilla. Noin 67 % vastaajista koki tietokoneita olevan liian vähän. Samaan tulokseen oli päätenyt Ilmakunnas (2013) opinnäytetyössään, jonka tuloksissa hoitajat kertoivat joutuvansa jopa jonottamaan tietokoneelle pääsyä. Kun tietokoneita on riittävästi ja ne ovat ajan tasalla, vaikuttaa se kirjaamiseen positiivisesti (Kuusisto & Saloniemi 2010, 18).

Pääosin hoitajat arvioivat tietotekniset taitonsa hyviksi. He kokivat, että tietokoneita on helppo käyttää eivätkä suhtautuneet teknologiaan varauksella. Ristiintaulukoitaessa huomasimme, että alle 15 vuotta hoitotyössä olleet kokivat tietokoneiden käytön keskimäärin helpommaksi kuin yli 15 vuotta työssä olleet kollegansa. On todennäköistä, että vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat ovat myös iältään nuorempia. Nuorempi sukupolvi on käyttänyt tietokoneita enemmän jo peruskoulusta lähtien ja näin oppinut toimimaan tietokoneiden kanssa sujuvammin.

Tietokoneiden käytön koettiin lisäävän työmäärää. Tämä voi johtua esimerkiksi vaikeudesta käyttää tietokoneita, tietokoneiden vähäisyydestä tai siitä, että potilastyö vaatii tarkan dokumentoinnin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelemisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tietotekniseen täydennyskoulutukseen oli osallistunut hieman yli puolet vastaajista kuluneen kolmen vuoden aikana, mutta kuitenkin lähes 50 % vastaajista koki saaneensa liian vähän tietoteknistä koulutusta.

8.3 Johtopäätökset

Havaitsimme opinnäytetyön tuloksia tarkastellessamme, että hiljainen raportointi on vahvasti yhteydessä niin sähköiseen kirjaamiseen kuin tietotekniseen osaamiseen. Jos jokin näistä osa-alueista on heikompi kuin muut, vaikuttaa se muihin osa-alueisiin heikentävästi. Merkittävä rooli on myös hoitajan omalla innokkuudella osallistua erilaisiin koulutuksiin ja kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoaan. Työnantajan rooli on tarjota erilaisia koulutuksia henkilöstölle ja huolehtia riittävästä täydennyskoulutuksesta. Kouluttautuminen lisää positiivista asennoitumista ja vähentää ennakkoluuloja uusista asioista kohtaan. (Ensio & Saranto 2004, 15; Partanen & Kvist 2007.)

Laadukas sähköinen kirjaaminen vaikuttaa positiivisesti hiljaiseen raportointiin. Valtaosa hoitajista koki kirjaavansa laadukkaasti ja koki, että vuodeosastolla oli yhtenevät kirjaamiskäytänteet. Vaikka kirjaamisaikojen koettiin pidentyneen, oli potilastyöhön kuitenkin vapautunut enemmän aikaa hiljaisen raportoinnin myötä. Kirjaamiselle tulisi varata työvuorossa riittävästi aikaa, jotta laadukasta hoitotyön kirjaamista voidaan toteuttaa.

Jotta voidaan kirjata laadukkaasti, tulee tietokoneita ja tietojärjestelmiä osata käyttää asianmukaisesti. Valtaosa hoitajista koki tietokoneiden käytön helpoksi, mutta aikaa vieväksi. Tietokoneiden vähäisyys koettiin vastaajiemme mukaan heikentäväksi tekijäksi hiljaisen raportoinnin toteuttamiselle. Noin puolet hoitajista koki saaneensa liian vähän tietoteknistä koulutusta, vaikka tällaiseen koulutukseen oli osallistunut lähes puolet hoitajista kuluneen kolmen vuoden aikana.

Tutkimukseen osallistuneilla vuodeosastoilla hiljaista raportointia oli käytetty suhteellisen vähän, keskimäärin alle neljä vuotta. Pääosin hiljaisen raportoinnin koettiin vaikuttaneen positiivisesti hoitotyöhön ja sen koettiin vapauttaneen enemmän aikaa potilastyöhön. Kuitenkin lähes puolet hoitajista koki tarvitsevänsä suullista raporttia hiljaisen tukena eikä työvuoroissa ollut varattu riittävästi aikaa raportin lukemiseen. Jotta raportointimenetelmä voi toimia, täytyy sille järjestää riittävät resurssit. Hiljainen raportointi on kuitenkin uudehko käytäntö hoitotyössä, joten se tulee tarvitsemaan lisää tutkimusta ja kehittämistyötä, jotta se voi palvella ammattilaisia parhaalla mahdollisella tavalla.

8.4 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Opinnäytetyömme tuo esille hoitajien kiinnostuksen kehittää hiljaista raportointia. Innokkuutta kuvastaa esimerkiksi kyselymme hyvä vastausprosentti. Hoitajien kokemukset hiljaisesta raportoinnista olivat pääosin positiivisia. Positiivinen asennoituminen lisää kiinnostusta kehittämistyölle. Opinnäytetyömme mukaan hiljainen raportointi toimii hoitajien työvälineenä pääosin hyvin. Kehitystyötä kuitenkin tarvitaan ja se tulisi mahdollistaa kliinisessä hoitotyössä. Koemme myös, että opinnäytetyömme lukija saa kattavan käsityksen aiheeseen liittyvästä tietoperustasta.

8.5 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimme opinnäytetyössämme sitä, millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koettiin Kiurun medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen vuodeosastoilla. Jatkossa voisi esimerkiksi tutkia kuinka hiljainen raportointi toimii niillä Kiurun muilla osastoilla, jotka eivät opinnäytetyöhömmme osallistuneet. Tarkemman tutkimuksen voisi tehdä jo pelkästään sähköisestä kirjaamisesta tai tietoteknisestä osaamisesta. Lisäksi hiljaista raportointia voisi tutkia kvalitatiivisella tutkimusotteella. Näin saataisiin aiheesta syvempää ja yksityiskohtaisempaa tietoa.

8.6 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Ilmiönä hiljainen raportointi mahdollistaa opinnäytetyön tekemisen sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Laadittuamme tutkimusongelmat yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa tulimme siihen tulokseen, että haluamme tuottaa opinnäytetyöllämme Kiurulle yleistettävää tietoa ja siksi valitsimme kvantitatiivisen tutkimusotteen. Lisäksi tutkittavien määrä mahdollisti kvantitatiivisen opinnäytetyön tekemisen. Laadimme opinnäytetyömme etenemiselle aikataulun prosessin alussa. Opinnäytetyömme yhdeksi haasteeksi nousi yhteisen ajan löytäminen. Tästä syystä ajankäytön suunnittelu oli tärkeässä roolissa. Ilman tarkkaa suunnittelua emme olisi pysyneet asettamassamme aikataulussa.

Työn teimme tasavertaisena parina ja kirjallisessa työssä tulee ilmi molempien osaaminen. Opinnäytetyön tekeminen lisäsi tietoa hiljaisesta raportoinnista ja sähköisestä kirjaamisesta hoitotyössä. Saimme valmiuksia tulevana hoitotyön ammattilaisina toteuttaa laadukasta rakenteista kirjaamista tulevassa työssämme. Yhteistyötaidot ovat kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana. Lisäksi ongelmanratkaisutaitomme ovat lisääntyneet ja kyky lähdekriittiseen ajatteluun on kasvanut.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme hyödyntäneet aktiivisesti mahdollisuutta käydä ohjaavan opettajan luona keskustelemassa työstämme. Koemme tämä olleen hyvä ja prosessia eteenpäin vievä seikka. Ohjaavalta opettajaltamme saamaamme palautetta hyödynsimme niiltä osin, kuin koimme tarpeelliseksi.

LÄHTEET

- Ahola, S. & Lämsä, J. 2013. Hiljainen raportointi kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53636/Ahola_Susanna%20ja%20Lamasa_Johanna.pdf?sequence=1. Luettu 25.9.2013.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2007/muut_artikkelit/hyvin_suunniteltu_on_puoliksi_te/. Luettu 6.1.2014.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitaja 12/2009. 38-39.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. 23-35. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. 16-22. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A-L. 97-111. Helsinki: WSOY.
- Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 27. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Www-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf. Luettu 8.4.2014.
- Ilmakunnas, I. 2013. Hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista Malmin sairaalan A2 osastolla. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/58393/Ilmakunnas.opnt.pdf?sequence=1>. Luettu 10.12.2013.
- Järvi, M., Kulla, M., Liljeberg, R., Metsänsalo, S., Tirkkonen, M., Selander, M. & Kilku, N. 2010. Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi mielenterveytystyössä. Sairaanhoitaja 10/2010. 54-56.

Kananen, J. 2008. Kvantti – Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantti – Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Korhonen, M. & Kyllönen, K. 2010. ”...Hiljainen raportointi on tullut jäädäkseen...” Sairaanhoidtajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista Kainuun keskussairaalan tehosastolla. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6971/Korhonen_Minna.pdf?sequence=1. Luettu 29.9.2013.

Korolainen, A. 2009. Sähköinen kirjaaminen ja hiljainen raportointi. Hoitajien kokemuksia Iisalmen terveystieteiden vuodeosastoilta 1 ja 2. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2656/korolainen_asta.pdf?sequence=1. Luettu 25.9.2013.

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva hoitotyö 4/2010, 12-19.

Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17024/Kahkonen%20Tiina.pdf?sequence=1>. Luettu 10.12.2013.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A nro 11.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Leppilampi, S. 2012. Tilastolliset menetelmät. SPSS KURSSIMONISTE. Opintomateriaali. Centria AMK. Kokkola-Pietarsaaren yksikkö.

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti : Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 206-214. Juva: WSOY

Partanen, A. & Kvist, T. 2007. Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä – Sairaanhoidajien näkemyksiä. Sairaanhoidaja 6-7/2007. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/informaatiotekniikka_akuuttihoit/. Luettu 6.9.2013.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Raportointi. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17728&contentlan=1>. Luettu 15.2.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf. Luettu 8.4.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report? What the research reveals. Journal of Professional Nursing 22(3), 197-204. Www-dokumentti. Saatavissa: https://depts.washington.edu/respcare/public/hmc_files/journal_club/articles/20090406/Ca_n_technology_improve_intershift_report.pdf. Luettu 10.12.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Lehtovirta, J. & Vuokko, R. (toim.) Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1. Luettu 8.4.2014.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Potilasturvallisuuteen liittyviä hankkeita kotimaassa. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/hankkeet#enni. Luettu 8.4.2014.

Tilastokeskus 2013. Käsitteet ja määritelmät. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/til/ict/kas.html>. Luettu 6.9.2013.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 -31.5.08 (HoiDok – hanke). Loppuraportti osa 1.

Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>. Luettu 8.4.2014.

Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1858-1875.

KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

Hyvä hoitotyön ammattilainen,

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Centria ammattikorkeakoulusta ja teemme tutkintoomme liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme käsittelee hiljaista raportointia hoitajien työvälineenä Kiurussa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaisena työvälineenä hiljainen raportointi koetaan Kiurun operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen vuodeosastoilla. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa vuodeosastoille ajankohtaista tietoa hiljaisen raportoinnin toimivuudesta.

Toivoisimme, että käyttäisitte muutaman minuutin kyselylomakkeemme täyttämiseen ja näin tukisitte samalla opinnäytetyömme toteutumista. Vastaamalla Teillä on mahdollisuus tuoda ilmi mielipiteenne hiljaisen raportoinnin toimivuudesta. Kyselylomakkeen täyttäminen on vapaaehtoista.

Kyselylomakkeemme vastauksia ei pystytä yhdistämään vastaajiin ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyön tuloksissa ei vertailla eri vuodeosastoja keskenään. Kun opinnäytetyömme on valmis, se tullaan julkaisemaan Theseus –internet sivustolla.

Kun olette vastanneet, palauttakaa kyselylomake kirjekuoressa suljettuun palautuslaatikkoon. Vastausaikaa on kaksi viikkoa.

Vastauksenne on meille tärkeä! Kiitos vastauksestanne!

Jenna Sirén
Terveystenhoitotyön opiskelija
jenna.siren@cou.fi

Annika Veijalainen
Terveystenhoitotyön opiskelija
annika.veijalainen@cou.fi

Terveystieteiden opiskelijat Jenna Sirén & Annika Veijalainen

HILJAINEN RAPORTOINTI HOITAJIEN TYÖVÄLINEENÄ

Tässä osiossa kysymme taustatietojasi. Ole hyvä ja **rastita** Sinulle sopivin vaihtoehto.

1. Ikä alle 21___ 21-30___ 31-40___ 41-50___ yli 50___
2. Sukupuoli mies___ nainen___
3. Koulutus perus-/lähihoitaja___ sairaanhoitaja___ terveydenhoitaja___ muu, mikä?___
4. Työkokemus
 vuosina alle 5___ 6-15___ 16-25___ 26-35___ yli 36___
5. Työsuhde vakituinen___ osa-aikainen___ määräaikainen___

6. Oletko osallistunut kuluneen **vuoden aikana** hiljaiseen raportointiin liittyvään täydennyskoulutukseen?
olen___ en ole___
7. Oletko osallistunut kuluneen **vuoden aikana** sähköiseen kirjaamiseen liittyvään täydennyskoulutukseen?
olen___ en ole___
8. Oletko osallistunut kuluneen **kolmen vuoden aikana** tietotekniseen täydennyskoulutukseen?
olen___ en ole___
9. Kuinka monta vuotta olet käyttänyt hiljaista raportointia hoitotyössä? **Ole hyvä ja kirjoita.** _____

Seuraavat väittämät liittyvät hiljaiseen raportointiin. Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Hieman samaa mieltä	Hieman eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
10. Vuoron alussa on riittävästi aikaa lukea raportti	5	4	3	2	1
11. Hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaa potilastyöhön	5	4	3	2	1
12. Tarvitsen suullista raporttia hiljaisen tueksi	5	4	3	2	1
13. Saan kaiken tarvitsemani tiedon hiljaisesta raportista	5	4	3	2	1
14. Hiljainen raportointi parantaa hoidon laatua	5	4	3	2	1
15. Koen hiljaisen raportoinnin työlääksi	5	4	3	2	1

Seuraavat väittämät liittyvät sähköiseen kirjaamiseen. Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Hieman samaa mieltä	Hieman eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
16. Kirjaamiseen on varattu työvuorois- sa riittävästi aikaa	5	4	3	2	1
17. Koen saaneeni riittävästi koulutusta kirjaamiseen	5	4	3	2	1
18. Osastollani kirjataan yhtenevällä tavalla	5	4	3	2	1
19. Koen kirjaavani laadukkaasti ja tarkasti	5	4	3	2	1
20. Hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisajat ovat pidentyneet	5	4	3	2	1

Seuraavat väittämät liittyvät tietotekniseen osaamiseen. Ympyröi Sinulle sopivin vaihtoehto.

21. Suhtaudun varauksella teknologiaan	5	4	3	2	1
22. Tietokoneita on helppo käyttää	5	4	3	2	1
23. Koen saaneeni riittävästi tietoteknistä koulutusta	5	4	3	2	1
24. Tietokoneiden käyttö lisää hoitajien työmäärää	5	4	3	2	1
25. Osastollani on riittävästi tietokoneita	5	4	3	2	1

KIITOS VASTAUKSESTASI!

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

8.10.2013

14 §

ASIA

Siren Jenna, Veijalainen Annika. Hiljainen raportointi hoitajien
työvälineenä. CENTRIA Ammattikorkeakoulu. 08.10.2013

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

ESITYKSEN TEKIJÄ

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja